

**MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA
UNIVERSIDAD DEL NORTE**

**“FACTORES PREDISPONENTES PARA LA PÉRDIDA DEL SEGUIMIENTO
EN EL PACIENTE CON TUBERCULOSIS: PERCEPCIÓN DE LOS
USUARIOS. BARRANQUILLA, ENERO 2014 A MARZO 2017.”**

YANINA JOHANNA FERREIRA MEDINA
Enfermera

**Trabajo de grado para optar al título de Magíster en Salud Pública de la
Universidad del Norte**



**“FACTORES PREDISPONENTES PARA LA PÉRDIDA DEL SEGUIMIENTO
EN EL PACIENTE CON TUBERCULOSIS: PERCEPCIÓN DE LOS
USUARIOS. BARRANQUILLA, ENERO 2014 A MARZO 2017.”**

YANINA JOHANNA FERREIRA MEDINA
Candidata a Magister en Salud Pública

LUZ MARINA ALONSO PALACIO

Dr. Comunicación en salud
Directora de trabajo grado

UNIVERSIDAD DEL NORTE
MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA
DIVISION DE CIENCIAS DE LA SALUD
BARRANQUILLA-2017



**ESTA TESIS DE MAESTRÍA HA SIDO APROBADA POR LA MAESTRÍA EN
SALUD PÚBLICA. DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA. DIVISION
CIENCIAS DE LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD DEL NORTE**

LUZ MARINA ALONSO PALACIO

DIRECTOR DE TESIS

**RAFAEL TUESCA MOLINA
COORDINACION DE LA MAESTRIA**

AGRADECIMIENTOS

Gracias a Dios todopoderoso por darme la oportunidad de alcanzar un logro más en mi vida profesional.

Gracias a mis queridos padres Farid e Isabel y a mi amado esposo Ricardo e hijos Yannin y Ricardo por su apoyo incondicional para culminar mi tesis.

Un enorme agradecimiento a mi tutora Luz Marina Alonso por su constante motivación, conocimiento y comprensión y a Dante Roger Culqui Lévano por compartirme su conocimiento y trabajo académico.

Gracias al personal del programa de tuberculosis de la secretaria de salud distrital de Barranquilla por permitirme acceder a la información necesaria para la captación de los pacientes.

A los caminantes de la salud de la IPS Universitaria por dedicar su tiempo en la recolección de información para el desarrollo de la investigación.

Gracias a todas aquellas personas que de una u otra manera hicieron posible el cumplimiento de este sueño, hoy hecho realidad, graduarme como Magister en Salud Pública.

TABLA DE CONTENIDO

	Página
INTRODUCCION	
1. Planteamiento del problema de investigación.....	12
2. Justificación del problema.....	17
3. Marco teórico.....	22
3.1. Clasificación de la Tuberculosis.....	23
3.1.1. Basada en la historia de tratamiento de TB previo....	23
3.2. Resultados de pacientes con TB-RR/MDR/XDR tratados Con tratamiento de segunda línea.....	24
3.3. Resultados de pacientes con TB-RR/MDR/XDR Tratados con tratamiento de segunda línea.....	25
3.4. Factores, riesgos y estrategias para la adherencia al Tratamiento de personas con tuberculosis.....	26
4. OBJETIVOS	34
4.1. Objetivo general.....	34
4.2. Objetivos específicos.....	34
5. PROPÓSITO	35
6. HIPÓTESIS	36
7. METODOLOGÍA	37
7.1. Tipo de estudio.....	37
7.2. Población de estudio.....	37
7.3. Muestra.....	37
7.4. Variables.....	40
7.5. Plan de recolección.....	40
7.5.1. Plan de Procesamiento de los datos.....	41
7.5.2. Plan de Procesamiento de análisis de los datos.....	42
8. Aspectos éticos.....	42
9. RESULTADOS	44
10. DISCUSIÓN	66
11. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	72
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	75

LISTA DE TABLAS

	Página
TABLA 1. Análisis bivariado de casos y controles según el sexo. Barranquilla, Enero 2014-Marzo 2017.....	44
TABLA 2. Casos y controles según la edad en la ciudad de Barranquilla. Enero 2014-Marzo 2017.....	45
TABLA 3. Casos y controles según nivel de escolaridad. Barranquilla, Enero 2014-Marzo 2017	46
TABLA 4. Casos y controles según estrato socio-económico. Barranquilla. Enero 2014-Marzo 2017.....	47
TABLA 5. Casos y controles según régimen de afiliación. Barranquilla, Enero 2014-Marzo 2017.....	48
TABLA 6. Análisis bivariado de casos y controles según procedencia. Barranquilla, Enero 2014-Marzo 2017.....	49
TABLA 7. Ingreso económico familiar relacionado con casos y controles. Barranquilla, Enero 2014-Marzo 2017.....	50
TABLA 8. Análisis bivariado del servicio de alcantarillado relacionado con casos y controles. Barranquilla, Enero 2014-Marzo 2017.	51
TABLA 9. Análisis bivariado de la percepción de apoyo familiar y la relación de casos y controles. Barranquilla, Enero 2014-Marzo 2017.....	51
TABLA 10. Análisis bivariado de la pertenencia a grupos de apoyo relacionado con casos y controles. Barranquilla, Enero 2014-Marzo 2017.....	52
TABLA 11. Análisis bivariado de la religión relacionado con casos y controles. Barranquilla, Enero 2014-Marzo 2017.....	52
TABLA 12. Análisis bivariado del permiso de la religión para la toma del tratamiento tuberculosis relacionado con casos y controles. Barranquilla, Enero 2014-Marzo 2017.....	53
TABLA 13. Análisis bivariado de la creencia en la medicina alternativa como solución de la tuberculosis relacionado con casos y controles. Barranquilla, Enero 2014-Marzo 2017.....	53

TABLA 14. Satisfacción en cuanto a la explicación de los efectos secundarios del tratamiento relacionado con casos y controles. Barranquilla, Enero 2014-Marzo 2017.....	54
TABLA 15. Percepción del paciente sobre la cantidad de medicamentos recibida relacionado con casos y controles. Barranquilla, Enero 2014-Marzo 2017.....	54
TABLA 16. Análisis bivariado de cobertura de medicamentos para la tuberculosis relacionado con casos y controles. Barranquilla, Enero 2014-Marzo 2017.....	55
TABLA 17. Análisis bivariado de la sensación de mejoría relacionado con casos y controles. Barranquilla, Enero 2014-Marzo 2017.....	56
TABLA 18. Análisis bivariado del conocimiento de los riesgos de abandono del tratamiento relacionado con casos y controles. Barranquilla, Enero 2014-Marzo 2017.....	56
TABLA 19. Análisis bivariado de sensación de malestar relacionado con casos y controles. Barranquilla, Enero 2014-Marzo 2017.....	57
TABLA 20. Análisis bivariado de la enfermedad de Diabetes Mellitus relacionado con casos y controles. Barranquilla, Enero 2014-Marzo 2017.....	57
TABLA 21. Análisis bivariado de la enfermedad de Hipertensión Arterial relacionado con pacientes en pérdida del seguimiento y curados. Barranquilla, Enero 2014-Marzo 2017.....	58
TABLA 22. Análisis bivariado de la enfermedad de Insuficiencia Renal relacionado con casos y controles. Barranquilla, Enero 2014-Marzo 2017.....	58
TABLA 23. Análisis bivariado sobre la enfermedad de VIH relacionado con casos y controles. Barranquilla, Enero 2014-Marzo 2017.....	59
TABLA 24. Análisis bivariado de la necesidad de transporte relacionado con casos y controles. Barranquilla, Enero 2014-Marzo 2017.....	59
TABLA 25. Percepción de capacitación del personal asistencial relacionado con casos y controles. Barranquilla, Enero 2014-Marzo 2017.....	60

TABLA 26. Análisis bivariado sobre horario de atención del centro de salud y relacionado con casos y controles. Barranquilla, Enero 2014-Marzo 2017.....60

TABLA 27. Análisis bivariado entre el consumo de Marihuana relacionado con casos y controles. Barranquilla, Enero 2014-Marzo 2017.....61

TABLA 29. Análisis bivariado entre el consumo de Cocaína relacionado con casos y controles. Barranquilla, Enero 2014-Marzo 2017..... 61

TABLA 30. Análisis bivariado entre el consumo de alcohol relacionado con casos y controles. Barranquilla, Enero 2014-Marzo 2017.....61

TABLA 31. Análisis bivariado sobre cambio de estilo de vida relacionado con casos y controles. Barranquilla, Enero 2014-Marzo 2017.....62

TABLA 32. Análisis bivariado sobre las recomendaciones acerca de la dieta relacionado con casos y controles. Barranquilla, Enero 2014-Marzo 2017...62

LISTA DE GRAFICOS

Página

GRAFICO 1. Casos y controles según el sexo. Barranquilla, Enero 2014-Marzo 2017.....	45
GRAFICO 2. Casos y controles según la edad. Barranquilla, Enero 2014-Marzo 2017.....	45
GRAFICO 3. Casos y controles según nivel de escolaridad. Barranquilla, Enero 2014-Marzo 2017.....	46
GRAFICO 4. Casos y controles según estrato socio-económico. Barranquilla, Enero 2014-Marzo 2017.....	47
GRAFICO 5. Casos y controles según régimen de afiliación. Barranquilla, Enero 2014-Marzo 2017.....	48
GRAFICO 6. Casos y controles según procedencia. Barranquilla, Enero 2014-Marzo 2017.....	49

ABSTRACT

Tuberculosis is a disease that can be diagnosed to be treated and cured, but despite this, it remains one of the greatest threats to global public health. The unsuccessful treatment due to loss of follow-up has the consequence of spreading and increasing the incidence of the disease. In such a way that the analysis of the predisposing factors of the loss of the follow-up of this disease is of high priority to increase the effectiveness of the control programs.

A case-control study was developed whose objective was to determine the predisposing factors related to the loss in the follow-up of the patient with tuberculosis. Barranquilla, January 2014 to March 2017. We interviewed 39 cases and 110 controls taking into account the inclusion criteria.

The results were grouped by categories and analyzed through the SPSS version 20. The OR (Odds Ratio), square chip and Fischer's exact test were calculated to establish the factor association according to the cases and controls.

In the analysis of marijuana consumption, an OR was obtained: 6,839 (95% CI: 1,930 to 24,235). With an OR of 1,682 (95% CI 0.464-6.090) and Fischer's exact test with a P-value of 0.479 we can affirm that in this study the probability of living with HIV versus is 1.7 times higher in cases compared to controls. When asked about the feeling of discomfort during the treatment, an association strength was obtained, OR of 2.067 (95% CI, 0.979 to 4.372) and a chi-square of 3.695 with a P-value 0.055. In the analysis of the knowledge on the risks of abandoning or being a loss in the follow-up to the treatment, an OR of 12,457 (IC 95%, 1,347 to 115,173) and exact Fischer test with a P-value of 0,017 was obtained.

With an OR of 1.028 (95% CI, 0.473 to 2.233) and with a chi-square of 0.005 with 1 degree of freedom and a P-value of 0.945 we can say that there is no statistically significant association, between considering traditional medicine as an alternative for solve the problem of tuberculosis in cases versus considering

traditional medicine as an alternative to solve the problem of tuberculosis in controls. With an OR of 1.105 (95% CI, 0.14 to 2.373). The probability of not belonging to a support foundation in cases is 1.1 times greater than the probability of not belonging to a support foundation in the controls. With a chi-square of 0.065 with 1 degree of freedom and a P-value of 0.798 we can say that this association is not statistically significant.

It is recommended that primary health care providers design strategies to identify in an adequate and timely manner the predisposing factors related to loss of follow-up and intervene. On the other hand empower health professionals and the community in active participation, decision making and positive vision of the problem. Inter-sectoral alliances and advocacy should be strengthened with a rights-based approach. Key words: Lost in follow-up, predisposing factors, tuberculosis, abandonment.

Key words: Lost in follow-up, predisposing factors, tuberculosis.

RESUMEN

La tuberculosis es una enfermedad que se puede diagnosticar tratar y curar, pero a pesar de esto, sigue siendo una de las mayores amenazas para la salud pública mundial. El tratamiento no exitoso por causa de la pérdida del seguimiento tiene como consecuencia la propagación y aumento de la incidencia de la enfermedad. De tal modo que el análisis de los factores predisponentes de la pérdida del seguimiento de esta enfermedad es de alta prioridad para aumentar la eficacia de los programas de control.

Se desarrolló un estudio de casos y controles cuyo objetivo fue determinar los factores predisponentes relacionados con la pérdida en el seguimiento del paciente con tuberculosis. Barranquilla, Enero 2014 a Marzo de 2017. Se entrevistaron a 39 casos (perdidas en el seguimiento) y 110 controles (curados) teniendo en cuenta los criterios de inclusión.

Los resultados se agruparon por categorías y se analizaron a través del SPSS versión 20. Se calculó los OR (Odds Ratio), chi-cuadrado y prueba exacta de Fischer para establecer asociación del factor en función a los casos y controles.

En el análisis sobre el consumo de marihuana se obtuvo un OR: 6,839 (IC95%: 1,930 a 24.235). Con un OR 1,682 (IC 95% 0.464-6,090) y prueba exacta de Fischer con un P-valor 0,479 podemos afirmar que en este estudio la probabilidad de convivir con el VIH versus es 1.7 veces mayor en los casos en comparación a los controles. Al preguntar sobre la sensación de malestar durante el tratamiento se obtuvo una fuerza de asociación, OR de 2,067 (IC 95%; 0,979 a 4,372) y un chi-cuadrado de 3,695 con un P-valor 0,055. En el análisis del conocimiento sobre los riesgos de abandonar o ser una pérdida en el seguimiento al tratamiento se obtuvo un OR de 12,457 (IC 95%; 1,347 a 115,173) y prueba exacta de Fischer con un P-valor 0,017.

Con un OR de 1,028 (IC 95%; 0,473 a 2,233) y con un chi-cuadrado de 0.005 con 1 grado de libertad y un P-valor 0,945 podemos decir que no hay asociación estadísticamente significativa, entre considerar la medicina tradicional como alternativa para solucionar el problema de la tuberculosis en los casos versus considerar la medicina tradicional como alternativa para solucionar el problema de la tuberculosis en los controles. Con un OR de 1,105 (IC 95%; 0,14 a 2,373). La probabilidad de no pertenecer a una fundación de apoyo en los casos es 1.1 veces mayor a la probabilidad de no pertenecer a una fundación de apoyo en los controles. Con un chi-cuadrado de 0.065 con 1 grado de libertad y un P-valor 0,798 podemos decir que esta asociación no es estadísticamente significativa.

Se recomienda a los prestadores de atención en salud primaria diseñar estrategias que permitan identificar de manera adecuada y oportuna los factores predisponentes relacionados con la pérdida del seguimiento e intervenirlos. Por otro lado empoderar a los profesionales en salud y a la comunidad en la participación activa, toma de decisiones y visión positiva de la problemática. Se debe fortalecer las alianzas intersectoriales y abogacías con enfoque de derechos.

Palabras claves: Pérdida en el seguimiento, factores predisponentes, tuberculosis, abandono.

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis (TB) es una enfermedad infectocontagiosa, considerada una de las primeras enfermedades humanas. Está presente en el mundo entero, lo que la hace de gran interés en salud pública (1).

Colombia en los últimos 43 años ha notificado cerca de 500 mil casos de tuberculosis con un promedio anual de 11.571 personas. Pero fue solo hasta mediados de la década pasada cuando adoptó la estrategia Alto a la TB promovida por la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) y desarrolló e implementó el Plan Estratégico “Colombia libre de TB 2010-2015”.

Este plan tiene como principales propósitos los de detectar los casos a tiempo y lograr que los enfermos se curen (2).

La tuberculosis es una enfermedad que se puede tratar y curar. La TB sensible a los antibióticos se trata con una combinación estándar de cuatro medicamentos que se administra durante seis meses y que debe ir acompañada de las pertinentes tareas de información, supervisión y atención del paciente, a cargo de un agente sanitario o de un voluntario entrenado. Sin ese apoyo, el cumplimiento terapéutico puede ser difícil, lo que propiciaría la propagación de la enfermedad. Si no se proporciona un tratamiento adecuado, morirán sobre el 45% de las personas con tuberculosis (2).

En la actualidad los pacientes con tuberculosis e incumplimiento terapéutico representan una dificultad para el control, eliminación y erradicación de la enfermedad. La OMS para el año 2015 denominó como pérdida en el seguimiento al paciente con tuberculosis que interrumpió el tratamiento durante un mes consecutivo o más (16).

Las pérdidas en el seguimiento se encuentran relacionadas con diferentes factores de tipos, socio-demográficos, ambientales, clínicos, de salud mental y estilos de vida. Estos factores han sido observados y detallados por países como Pakistán, Rusia, Nicaragua, Costa Rica y Perú con alta prevalencia de la enfermedad.

Sin embargo en Barranquilla son pocos los estudios específicos enfocados en estos aspectos y dado que en el último informe de cohorte, III trimestre 2016 del programa de control para la tuberculosis, las pérdidas en el seguimiento ascienden al 10% de los casos nuevos con TB indicando que Barranquilla supera la meta nacional, la cual debe ser menor al 5%; Se realizó una investigación de esta problemática con el interés de conocer ¿cuáles son los factores predisponentes para la pérdida del seguimiento en el paciente con tuberculosis?, y aportar para mejorar la situación de la enfermedad en la ciudad.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la tuberculosis (TB) constituye la segunda causa de mortalidad por patología infecciosa en población general, basado esto en los datos del 2016 en donde “10,4 millones de personas enfermaron de tuberculosis y 1,7 murieron a causa de ella” (1). Es por tal razón que la OMS con el objetivo de reducir la morbi-mortalidad por tuberculosis, crea el programa para control de la tuberculosis, con metas para detectar los enfermos y tratar exitosamente los casos detectados (2).

El programa para control de la tuberculosis emite un informe mundial anual con los cumplimientos de indicadores para su evaluación y mejoramiento. En el informe mundial año 2015, describe que en las regiones de las Américas y de Europa, las tasas de éxito terapéutico deben fortalecerse por encontrarse en un 75%, muy por debajo de la meta estipulada, la cual es del 90% (3).

En lo referente a Colombia en el año 2015, la tasa de éxito de tratamiento fue de 76,8%, principalmente por los pacientes perdidos en el seguimiento. En cuanto a los Casos de tuberculosis farmacorresistente que finalizaron tratamiento en el 2014, el éxito del tratamiento fue de 48,4% principalmente por el alto número de pacientes que se perdieron en el seguimiento, 28,2%. (3)

En Barranquilla, según el sistema de información del programa de control para la tuberculosis durante el 2012 se reportaron 544 casos con TB de personas de las cuales 103 que habían iniciado el tratamiento lo abandonaron, es decir un 18% de la población con esta enfermedad. De 461 pacientes con TB en el 2014 se perdieron en el seguimiento 86, es decir un 19%. El 8% en la pérdida del seguimiento de casos con TB en Barranquilla supera la meta nacional, la cual debe ser menor al 5%.

La pérdida en el seguimiento es uno de los principales problemas de control de la tuberculosis. Un caso de pérdida en el seguimiento en el transcurso de un año puede infectar de unas 10 a 15 personas por contacto estrecho, aumentando la probabilidad de resistencia bacteriana a los antibióticos, recaídas, fracasos al tratamiento y la muerte (1). Se han identificado diferentes factores

predisponentes para la pérdida del seguimiento de las personas con tuberculosis, socio-demográficos, del medio ambiente, tratamiento, equipo y centro de salud, y estilos de vida que se han asociado de manera significativa en estudios de investigaciones internacionales y nacionales (4).

Un estudio en la provincia de Ica, Perú, demostró que hay una relación significativa entre insuficiente información a los pacientes y la pérdida en el seguimiento. El 60% de los casos en pérdida del seguimiento de tuberculosis no sabe el nombre del esquema de tratamiento recibido y el 65% considera que es deficiente la información que les da el programa de tuberculosis (5). Además, hallaron otros factores importantes que inducen a las personas a no querer recibir el tratamiento como por ejemplo, un 25% de los casos en pérdida del seguimiento considera que el horario es inadecuado para la atención del tratamiento supervisado, el 70 % que es excesiva la cantidad de tratamiento recibido y una alta frecuencia en el consumo de alcohol, (41%) en personas con pérdida en el seguimiento (5).

Otro estudio realizado en Colombia en los municipios de Cúcuta, Villa del Rosario y Zulia sobre los factores asociados al abandono del tratamiento antituberculoso, en pacientes con esta enfermedad encontró que el 76.5% de los encuestados presentaron reacciones adversas a fármacos y el 34.6% de ellos abandonaron el tratamiento por esta razón con una probabilidad de abandono de 3.65 veces mayor que los que no la presentaron (6).

En Barranquilla son pocos los estudios que profundicen el tema de pérdida en el seguimiento e identificación de factores predisponentes. La nueva estrategia de la OMS “Fin a la TB de aquí hacia el 2035”, requiere de manera prioritaria la intensificación en la investigación y elaboración de nuevos conocimientos científicos que permitan cambiar la situación de la enfermedad (7).

Lo anterior, ha motivado el desarrollo de la propuesta de investigación ¿Cuáles son los factores predisponentes relacionados con la pérdida del seguimiento del paciente con tuberculosis, Barranquilla, Enero 2014 a Marzo 2017? Esta

investigación incluye el punto de vista de los usuarios con diagnóstico de TB, detallando la situación desde una perspectiva poco común e identificando las necesidades reales de esta población. Además abarca la salud mental como factor predisponente modificador y poco analizado en la pérdida del seguimiento del paciente con TB. En este documento se usarán las palabras perdida en el seguimiento, abandono, incumplimiento y no adherencia como sinónimos.

2. JUSTIFICACIÓN

La tuberculosis es una enfermedad que se puede tratar y curar, pero a pesar de esto, sigue siendo una de las mayores amenazas para la salud pública mundial (2).

La OMS, en el plan estratégico Colombia libre de tuberculosis 2010-2015 para la expansión y fortalecimiento de la estrategia alto a la Tuberculosis, estratifica a Barranquilla como una ciudad cuyo promedio de tasa de éxito al tratamiento es <85%. De tal manera que se evidencia como una ciudad que presenta debilidades en su sistema de información y en el seguimiento del tratamiento de pacientes (2).

El panorama anterior tiene su origen desde la tuberculosis en su forma activa y sensible a los antibióticos. La Tuberculosis sensible se trata con una combinación estándar de cuatro medicamentos administrados durante seis meses, junto con la educación, supervisión y apoyo al paciente ya sea por un agente sanitario, un voluntario capacitado y/o del equipo multidisciplinario (2). De igual manera el origen de la tuberculosis farmacorresistente está en el tratamiento incorrecto y/o un mal Programa de salud. Esta enfermedad causada por bacilos resistentes no responde al tratamiento corriente de primera línea, la forma farmacorresistente se puede tratar y curar con medicamentos de segunda línea. Sin embargo, hay pocas opciones y, además, los medicamentos recomendados no siempre se consiguen. El tratamiento prolongado necesario (hasta dos años de tratamiento) es más costoso y puede producir reacciones adversas graves (2)

Estos pacientes con TB farmacorresistente deben enfrentar el desafío de un nuevo tratamiento: “la última oportunidad”, como ellos lo califican. Debe hacerlo, aun con la poca esperanza producto de los fracasos anteriores, con poca confianza en sí mismos producto de la debilidad y la culpa, y así deben aceptar un tratamiento en el que tienen que ingerir en el mejor de los casos una docena de tabletas de diferentes olores y sabores, la mayoría desagradables, a veces ampollas intramusculares diarias.

Luego de lo anterior, la mayoría de los pacientes experimentan malestar general particularmente molestias digestivas. El paciente sabe que el tratamiento es necesario. Esta condición de contradicción entre sus sensaciones y su razón se reflejan en su estado emocional, que pone al paciente en constante riesgo de abandonar el tratamiento, haciendo de la adherencia un tema psicoemocional complejo y no solo un asunto voluntario de aceptar o rechazar un tratamiento. Se requieren de una atención más compleja e interdisciplinaria para poder sostener la adherencia al tratamiento (8).

Muchos medicamentos, que se usan en este tratamiento (Antibióticos y otros complementarios) cruzan la barrera hemato-encefálica y pueden producir efectos sobre el sistema nervioso central. Así mismo la administración o supresión de un agente terapéutico pueden generar síndromes psiquiátricos sea por extensión de acciones farmacológicas benéficas conocidas, de acciones farmacológicas no terapéuticas o como resultado de una reacción idiosincrática (8). De los medicamentos más usados, los siguientes son los más involucrados en efectos adversos psiquiátricos: la Cicloserina y las quinolonas como la Levofloxacin, Moxifloxacin, Ciprofloxacina, y Ofloxacina las cuales producen convulsiones, síntomas psicóticos, ansiedad y depresión. La Isoniacida que produce convulsiones, síntomas psicóticos y depresión. La Ethionamida causa síntomas psicóticos y depresión, la Claritromicina y Ciprofloxacina produce manía (8).

Pese a lo anterior la gran mayoría de los enfermos pueden curarse a condición de que los medicamentos se tomen correctamente, pero dado el caso que no se proporcione la supervisión y apoyo adecuado, el cumplimiento terapéutico puede ser difícil y no tener el éxito propuesto. Es entonces cuando este tratamiento no exitoso tiene como consecuencia la propagación de la infección, y con ello el aumento de la incidencia de la enfermedad (8).

Por otro lado, cuando una persona tiene TB sensible o farmacorresistente experimenta sensaciones de frustración al ver truncados muchos de sus proyectos, sentimientos de culpa al atribuirse mucho de la causalidad del

problema, temor a la muerte que se refuerza en la experiencia de ver y saber de compañeros o conocidos que fallecen, temor a contagiar a sus seres queridos y con ello el dolor de alejarse, vergüenza, indignación y/o cólera, al sentir el rechazo de su comunidad, grupos e incluso familiares cercanos; y otras emociones negativas que perturban su salud mental (8).

A nivel mundial se realizan estudios relacionados con la salud mental y otros factores que influyen en esta situación, por ejemplo en un estudio sobre factores asociados al abandono del tratamiento de la TB pulmonar sensible en el Centro de Salud de Chorrillos, Lima, Perú 2004-2013, Identificó como factor de riesgo asociado tener un puntaje ≥ 22 en la evaluación psicológica del programa de control de tuberculosis del ministerio de salud (OR= 21,36). Se considera importante esta herramienta debido a que no sólo permite identificar pacientes con alto riesgo de abandono, sino valora también de forma independiente diversos aspectos. La depresión, que es uno de estos aspectos, se ha reportado asociado a una menor adherencia al tratamiento antituberculoso, además se relaciona a tasas considerables de ideación suicida (9,0%) e historia de intento de suicidio (3,1%) en pacientes con tuberculosis que reciben tratamiento en centros de atención primaria (9).

En Rusia, se llevó a cabo un proyecto denominado los obstáculos al éxito del tratamiento de la tuberculosis, incumplimiento, abandono del tratamiento, y adquisición de multiresistencia donde se estudió una cohorte retrospectiva de pacientes adultos consecutivos con TB encontrando que el abuso de sustancias está asociado estrechamente al incumplimiento del tratamiento (OR ajustada: 7,3; IC95%: 2,89 a 18,46) y a su abandono (OR ajustada: 11,2; IC95%: 2,55 a 49,17) (10).

En Nicaragua una investigación realizada sobre el abandono del tratamiento de la tuberculosis obtuvo como resultados que son factores de riesgo de abandono de la farmacoterapia antituberculosa: El sexo masculino (OR: 2,51; IC 95%: 1,63 a 3,94), residencia inestable o en la calle (OR: 3,08; IC95%: 1,57 a 6,49), cambio de domicilio durante el tratamiento (OR: 4,22; IC95%: 2,06 a 9,93), consumo de

bebidas alcohólicas (OR: 5,25; IC95%: 2,43 a 12,94), uso de drogas ilícitas (OR: 5,25; IC95%: 2,43 a 12,94), dificultad de acceso a los servicios de salud (OR: 2,64; IC95%: 1,39 a 5,29) y un concepto negativo de la atención recibida (OR: 5,33; IC95%: 1,52 a 28,56), y como conclusión describe que es indispensable establecer en los servicios de salud medidas que contribuyan a abatir el riesgo de abandono. Es importante recuperar la participación social del sector de la salud mediante acciones comunitarias (11).

Desde otra perspectiva, un estudio realizado en Colombia en la ciudad de Cali, respecto a la adherencia farmacológica y los factores determinantes en pacientes con diagnóstico de tuberculosis, encontró que a la creencia sobre la cantidad de medicamentos sea mucha, que el 81,1% de los pacientes que no creen y el 85,7% de los que sí creen, no fueron adherentes. El 73,4% de los pacientes que conocían los efectos indeseados del tratamiento no fueron adherentes; asimismo, el 100% de los que no conocían estos efectos, también no fueron adherentes. (12).

Entre los pacientes no adherentes y que han interrumpido o no el tratamiento farmacológico, la relación fue del 94,7% y 72,0%. De igual manera con los pacientes que han presentado malestar o reacciones adversas con el tratamiento, el 86,2% de los que han presentado y el 73,3% de los que no han presentado no son adherentes. De los pacientes que no han presentado tos muy frecuente, el 73,3% no cumplió con la terapia farmacológica; y de los pacientes que han tenido fracaso con terapias anteriores, el 82,1% no cumplió; muy similar a los que no han sufrido del fracaso terapéutico, el 80,0% no cumple con la terapia. El apoyo de la familia tuvo una incidencia en la no adherencia del 80,6% y 84,6% de los que sí la reciben y de los que no la reciben, respectivamente (12).

En otro estudio sobre factores de riesgo para el abandono del tratamiento contra la tuberculosis en la ciudad de Medellín. Enero 2000 a Junio 2001 mostró que la probabilidad de abandonar el tratamiento antituberculoso en los casos (pacientes en abandono) por no haber sido informado de la duración del mismo, es casi 7

veces la de los controles (pacientes que culminaron el tratamiento) (OR: 6.59, P: 0.08 IC: 0.91 a 3.95). También se observó una tendencia al abandono por no haber sido advertido de la importancia de no suspender el medicamento y de las molestias producidas por el mismo respectivamente (OR: 3.24, P: 0.28 IC: 0.22 a 46.89 y OR: 2.35, P: 0.14 IC: 0.67 a 9.37). El tener dificultades para el traslado al centro de salud demostró aumento en el riesgo de abandonar el tratamiento tuberculoso (OR: 4.8, P: 0.02 IC: 1.02 a 22.79) (13)

Hasta aquí los factores relacionados con la pérdida en el seguimiento son diversos, por lo que el abordaje de este tema desde la percepción del paciente permite una vista clara del panorama haciendo que las estrategias para la problemática sean precisas e idóneas.

Aunque que en los últimos dos años en la ciudad de Barranquilla se han realizado movilizaciones sociales, se ha fortalecido la estrategia DOTS (Tratamiento observado y estrictamente supervisado) comunitario e implementado mesas de trabajo psicosocial de seguimiento al inasistente, la presencia de casos con pérdida en el seguimiento sigue siendo uno de los factores que aleja a la ciudad de la disminución en la incidencia de la enfermedad. Con el fin de limitar las consecuencias tanto para el paciente como para su entorno, se debe investigar cuales son los factores predisponentes para la pérdida en el seguimiento de los pacientes con TB.

3. MARCO TEORICO

“La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (14). Por ser multicausal diferentes factores predisponentes, determinantes y/o de riesgo influyen en el

estado de salud de una persona. Un factor predisponente puede describir algo que aumenta el riesgo de una persona de presentar una afección o enfermedad (14). En este sentido un problema de salud pública es el análisis de estos factores en enfermedades de alta prioridad como la tuberculosis una “enfermedad infecciosa crónica causada por el complejo *Mycobacterium tuberculosis*, el cual puede afectar cualquier órgano o tejido, cuyo principal síntoma es la presencia de tos con expectoración mucoide o mucopurulenta por más de 15 días, denominándose a la persona que presente esta condición como sintomático respiratorio” (15).

Esta tos puede estar acompañada por otros signos y síntomas como hemoptisis, fiebre, sudoración nocturna, malestar general, dolor torácico, astenia, anorexia y pérdida de peso. Cuando la infección afecta órganos diferentes al pulmón se denomina tuberculosis extrapulmonar, la localización más frecuente de esta forma de la enfermedad es la pleural, seguida por la ganglionar. La TB extrapulmonar incluye diversas manifestaciones, pronóstico y tiempo de enfermedad; se puede encontrar desde una infección de latencia o evolución lenta hasta una reactivación focal o diseminación y compromiso de múltiples órganos (15).

El régimen ordinario de la OMS para el tratamiento de la tuberculosis incluye el uso de cuatro fármacos para una “fase intensiva” inicial (2 a 3 meses), y dos o tres compuestos para una fase de “continuación” adicional (6 a 8 meses). Los medicamentos pueden tomarse todos los días o “intermitentemente” tres veces por semana (15). El tratamiento del enfermo con tuberculosis debe hacerse de manera ambulatoria, la hospitalización se realiza sólo en casos especiales según el criterio médico y/o la condición del paciente en relación con su enfermedad. Previo al inicio del tratamiento, todo paciente debe ser evaluado por el médico quien diligenciará la tarjeta individual del paciente y la ficha de notificación del SIVIGILA en sus partes correspondientes, incluyendo el esquema de tratamiento. La administración del tratamiento debe ser supervisado, es decir el paciente toma los medicamentos bajo estricta observación (15).

3.1. Clasificación de la Tuberculosis:

3.1.1. Basada en la historia de tratamiento de TB previo.

Paciente nuevo: Paciente que nunca ha sido tratado por TB o que ha recibido medicamentos anti TB por menos de un mes.

Paciente previamente tratado: Paciente que ha recibido 1 mes o más de los medicamentos anti-TB en el pasado. Se clasifica además por los resultados de su más reciente ciclo de tratamiento.

Tras Recaída: Paciente que ha sido previamente tratado por TB, fue declarado curado o tratamiento terminado al final de su último ciclo de tratamiento, y ahora es diagnosticado con un episodio recurrente de TB (ya sea una verdadera recaída o un nuevo episodio de TB causado por reinfección).

Tras Fracaso: Paciente previamente tratado por TB, cuyo tratamiento fracasó (ver definición de fracaso)

Recuperado tras pérdida de seguimiento: Paciente que ha sido tratado previamente por TB y declarado pérdida al seguimiento al final de su tratamiento más reciente.

Otros pacientes previamente tratados: son aquellos que han sido previamente tratados por TB, pero cuyo resultado después del tratamiento más reciente es desconocido o indocumentado (15)

3.1.2 Clasificación basada en la resistencia a medicamentos

Monorresistencia (TB-RR): Resistencia a solo un medicamento anti-TB de primera línea.

Polirresistencia: Resistencia a más de un medicamento de primera línea anti-TB (que no sea Isoniazida y Rifampicina a la vez).

Multidrogorresistencia (TBMDR): Resistencia al menos a la Isoniazida y la Rifampicina.

Extensamente resistente (XDR): Resistencia a cualquier fluoroquinolona y al menos uno de los tres medicamentos inyectables de segunda línea (Capreomicina, Kanamicina y Amikacina), en casos con multidrogorresistencia.

Resistencia a la Rifampicina: Detectada utilizando métodos fenotípicos y genotípicos, con o sin resistencia a otros medicamentos anti-TB. Incluye cualquier resistencia a la Rifampicina, ya sea monorresistencia, multidrogorresistencia, polirresistencia o extensamente resistente (15)

3.2. Resultados del tratamiento de pacientes con TB (excluye pacientes tratados por TB-RR O TBMDR).

Curado: Paciente con TB pulmonar con bacteriología confirmada al inicio del tratamiento y que tiene baciloscopia o cultivo negativo en el último mes de tratamiento y al menos en una ocasión anterior.

Tratamiento terminado: Paciente con TB que completo el tratamiento sin evidencia de fracaso, pero sin constancia que muestre que la baciloscopia o el cultivo de esputo del último mes de tratamiento y al menos en una ocasión anterior fueron negativos, ya sea porque las pruebas no se hicieron, o porque los resultados no estén disponibles.

Fracaso al tratamiento: Paciente con TB cuya baciloscopia o cultivo de esputo es positivo en el mes 4 o posterior durante el tratamiento.

Fallecido: Paciente con TB que muere por cualquier razón antes de comenzar o durante el curso del tratamiento.

Pérdida en el seguimiento: Paciente con TB que no inició tratamiento o interrumpió el tratamiento durante 1 mes consecutivos o más.

No evaluado: Paciente con TB que no se le ha asignado el resultado de tratamiento. Incluye los casos «transferidos» a otra unidad de tratamiento y también los casos cuyo resultado del tratamiento se desconoce en la unidad que reporta.

Tratamiento Exitoso: La suma de curados y tratamientos completos (16).

3.3. Resultados de pacientes con TB-RR/MDR/XDR tratados con tratamiento de segunda línea.

Curado: Tratamiento completo según lo recomendado por la política nacional sin evidencia de fracaso Y tres o más cultivos negativos consecutivos con intervalo de por lo menos 30 días entre ellos, después de la fase intensiva (16).

Tratamiento terminado: Tratamiento completo según lo recomendado por la política nacional sin evidencia de fracaso, PERO sin constancia de tres o más cultivos negativos consecutivos con al menos 30 días de intervalo después de la fase intensiva (16).

Fracaso al tratamiento: Tratamiento suspendido o necesidad de cambio permanente de esquema o por lo menos de dos fármacos anti-TB debido a: falta de conversión al final de la fase intensiva a , o – reversión bacteriológica en la fase de continuación después de conversión a negativo, o – evidencia de resistencia adicional adquirida a las fluoroquinolona o medicamentos inyectables de segunda línea; o, – reacciones adversas a medicamentos (RAM) (16).

Fallecido: Paciente con TB que muere por cualquier razón antes de comenzar o durante el curso del tratamiento(16).

Pérdida en el seguimiento: Paciente con TB que no inició tratamiento o interrumpió el tratamiento durante 2 meses consecutivos o más (16).

No evaluado: Paciente con TB que no se le ha asignado el resultado de tratamiento. Incluye los casos «transferidos» a otra unidad de tratamiento y también los casos cuyo resultado del tratamiento se desconoce en la unidad que reporta (16).

Tratamiento Exitoso: La suma de curados y tratamientos completos(16).

3.4. Factores, riesgos y estrategias para la adherencia al tratamiento de personas con tuberculosis.

Según la Organización mundial de la salud la adherencia al tratamiento prolongado es “el grado en que el comportamiento de una persona respecto a tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria” (3)

3.5 Factores que influyen sobre la adherencia al tratamiento:

Se han asociado muchos factores con la adherencia al tratamiento de la tuberculosis, como las características del paciente, la relación entre el prestador de asistencia sanitaria y el paciente, el régimen de tratamiento y el entorno de atención de salud.

Los factores que constituyen barreras a la adherencia a los medicamentos antituberculosos pueden clasificarse:

3.5.1. Factores económicos y estructurales.

“La tuberculosis afecta generalmente a personas difíciles de localizar, como aquellas sin hogar, los desempleados y los pobres. La falta de redes de apoyo social eficaz y las circunstancias de vida inestables son factores adicionales que crean un ambiente desfavorable para asegurar la adherencia al tratamiento” (2)

3.5.2. Factores relacionados con el paciente.

El grupo étnico, el sexo y la edad han sido vinculados con la adherencia en diversos entornos. El conocimiento acerca de la tuberculosis y el creer en la efectividad de la medicación influirá la decisión de un paciente de finalizar el tratamiento. Además, los sistemas de creencias culturales pueden apoyar el uso de los curanderos en conflicto con la medicina alopática. En algunos pacientes con tuberculosis, la alteración del estado mental provocada por el abuso de sustancias psicotrópicas, la depresión y el estrés psicológico también puede desempeñar una función en su comportamiento de adherencia (17).

El número de comprimidos que deben tomarse, así como su toxicidad y los efectos colaterales de otro tipo asociados con su uso pueden actuar como un obstáculo al tratamiento continuo (16).

3.5.3. Relaciones de apoyo entre el prestador de servicios de salud y el paciente.

La satisfacción del paciente con el prestador “significativo” de la atención de salud se considera un determinante importante de la adherencia, pero las relaciones empáticas son difíciles de forjar en ámbitos donde los prestadores de

servicios de salud no son adiestrados, están recargados de trabajo, son inadecuadamente supervisados, no apoyados en sus tareas, como ocurre por lo general en países con una alta carga de tuberculosis (16).

3.5.4. Modelo de la prestación de atención de salud

La organización de los servicios clínicos, como la disponibilidad de especialistas, los enlaces con los sistemas de OMS apoyo de pacientes y la flexibilidad en el horario de atención, también influye sobre la adherencia al tratamiento. Muchos de los entornos de atención de salud ambulatoria responsables del control de la tuberculosis se organizan para atender pacientes con enfermedades agudas y, por consiguiente, el personal puede carecer de las aptitudes necesarias para elaborar planes de tratamiento a largo plazo con los pacientes. En consecuencia, no se facilita la función del paciente en el autocuidado y el seguimiento es esporádico (16).

3.6. Riesgos que enfrentan quienes no se adhieren a sus tratamientos como corresponde:

3.6.1. Riesgo de Recaídas más intensas. Las recaídas relacionadas con la adherencia deficiente a la medicación prescrita pueden ser más graves que las que ocurren mientras el medicamento se toma como fue recomendado, de modo que la adherencia deficiente persistente puede empeorar el curso general de la enfermedad y, con el tiempo, hacer que exista menos probabilidad de que los pacientes respondan al tratamiento (16).

3.6.2. Riesgo aumentado de abstinencia y efecto rebote. Cuando un medicamento se suspende o interrumpe bruscamente pueden ocurrir efectos adversos y posible daño. La buena adherencia desempeña una función importante al evitar problemas de abstinencia (por ejemplo, como se ha observado en la hormonoterapia sustitutiva tiroidea) y efecto rebote (por ejemplo, en pacientes tratados por hipertensión arterial y depresión),

y en consecuencia disminuye la probabilidad de que un paciente experimente los efectos adversos de la interrupción (16).

3.6.3. Riesgo aumentado de desarrollar resistencia a los tratamientos. En el tratamiento de la tuberculosis, la adherencia deficiente se reconoce como una causa principal del fracaso del tratamiento, de la recaída y la farmacorresistencia (16).

3.7. Estrategias para mejorar la adherencia al tratamiento.

Junto con los esfuerzos para mejorar nuestra comprensión de los factores que influyen sobre la adherencia al tratamiento de la tuberculosis, se han introducido medidas en diferentes entornos. Todo esto con el fin de mejorarla (16).

Las intervenciones para mejorar las tasas de adherencia pueden clasificarse en las siguientes categorías:

3.7.1. La motivación y supervisión del personal: incluye el adiestramiento y procesos de gestión orientados a mejorar la manera en que el personal sanitario atiende a los pacientes con tuberculosis (16).

3.7.2. La acción sobre quienes no siguen el tratamiento: la acción a ejecutarse cuando un paciente no cumple una cita pre acordada. Sugerencias: recordatorios corrientes para que los pacientes cumplan las citas pre acordadas (16).

3.7.3. La educación sanitaria: provisión de información sobre la tuberculosis y la necesidad de asistir para el tratamiento. Los incentivos y reembolsos: dinero en efectivo o en especie para reembolsar los gastos de asistir al centro de tratamiento, para hacer más atractiva la visita al centro de tratamiento (16).

3.7.4. Los contratos: convenios (escritos u orales) para regresar para una cita (16).

3.7.5. La asistencia de compañeros: personas del mismo grupo social que ayudan a alguien con tuberculosis a volver al centro de salud, al impulsarlo a acompañarlo (16).

3.7.6. El tratamiento directamente observado (TDO): un agente identificado, adiestrado y supervisado (trabajador de salud, voluntario de la comunidad o miembro de la familia) vigila directamente a quienes toman sus medicamentos antituberculosos(16).

3.8. Tratamiento directamente observado como componente de la estrategia DOTS de la OMS.

El concepto de la “administración enteramente supervisada de los medicamentos”, desarrollado inicialmente por Wallace Fox en la década de 1950, se conoce ahora como tratamiento directamente observado (TDO) (16).

El TDO se comenzó a emplear en los ensayos sobre fármacos antituberculosos en Madrás (India) y Hong Kong en el decenio de 1960 y ahora se recomienda ampliamente para el control de la tuberculosis (16).

La OMS recomienda el TDO como una de varias medidas para promover la adherencia al tratamiento de la tuberculosis. El TDO siempre ha significado mucho más que “ingestión supervisada”. Varios proyectos en países con alta prevalencia de tuberculosis han indicado que eliminar las barreras socioeconómicas que enfrentan los pacientes al TDO aumenta la adherencia y las tasas de curación. En un país donde la prevalencia de la enfermedad es baja, como los Estados Unidos, los programas de TDO son complejos y tienen varios componentes, como el apoyo social, la vivienda, los vales alimentarios y las medidas legales, y son sumamente eficaces en función de los costos.

Desde 1991, la OMS promueve la estrategia del “observación directa del tratamiento, plan abreviado” (ahora conocido como DOTS (16).

“DOTS” es la marca registrada de una estrategia integral, técnica y de gestión que consta de los siguientes cinco elementos: El compromiso político, la detección de casos mediante el examen microscópico del esputo de quienes consultan por tos crónica, los ciclos cortos estandarizados de quimioterapia en condiciones adecuadas de tratamiento del caso, como el DOTS, el suministro regular de medicamentos y un sistema estandarizado de notificación y registro que permita la evaluación individual de los pacientes así como del desempeño general del programa (16).

Aunque los programas de control de la tuberculosis a nivel Internacional y nacional cuentan con estrategias como el DOTS, el problema de los factores predisponentes relacionados con el área socio-demográfica, el tratamiento, el ambiente, equipo y centro de salud, estilos de vida y la salud mental sigue influyendo en las pérdidas del seguimiento o incumplimiento de los tratamientos. Por ejemplo, en un estudio de casos y controles sobre factores pronósticos del abandono del tratamiento antituberculoso en una región endémica del Perú, se demostró que la escolaridad menor a la secundaria completa se relacionó con una mayor probabilidad de renunciar al tratamiento ($P = 0,001$).

Asimismo, una mayor proporción de casos que de controles refirió tener una relación familiar conflictiva ($P = 0,014$). Con respecto a los servicios de salud, la opinión de que los horarios establecidos para recibir la medicación eran inadecuados se relacionó con una mayor probabilidad de abandono ($P = 0,001$). También, la proporción de casos que declaró estar disconforme con el trato del personal de salud fue tres veces superior a la de los testigos. En ambos grupos, cerca de 30% de los sujetos opinaron que el tiempo de espera para recibir su medicación era excesivo. En comparación con los controles, un mayor porcentaje de casos declaró disconformidad con la duración del tratamiento ($P = 0,033$). Cuando dejaron de asistir a tratamiento, 19% de los casos refirieron no

haber recibido la correspondiente visita domiciliaria del personal del programa, frente a una proporción significativamente mayor entre los testigos ($P = 0,004$). El consumo frecuente de alcohol y drogas mostró relación significativa con una mayor probabilidad de abandonar el tratamiento antituberculoso ($P = 0,042$ y $P = 0,006$, respectivamente) (10).

La investigación denominada, determinantes del Incumplimiento del tratamiento de la tuberculosis entre Pacientes con tuberculosis susceptible de drogas en Karachi, Pakistán, mostró que las razones más comunes para el incumplimiento eran la carga financiera del tratamiento, y los efectos secundarios y las creencias de los medicamentos. En un análisis de 2120 pacientes, 301 (14,2%) incumplieron, encontrando que el sexo masculino (OR: 1,34, IC del 95%: 1,04-1,71), siendo 35-59 años de edad (OR: 1,54, IC del 95%: 1,14-2,08), o siendo de 60 años de edad o más (OR: 1,84, IC del 95%: 1,17-2,88) se asociaron con el incumplimiento. Después de ajustar el sexo, el sitio de la enfermedad y la categoría del paciente, siendo de 35 a 59 años de edad (OR: 1,49, IC del 95%: 1,10-2,03) o 60 años de edad o más (OR: 1,76, IC del 95%: 1,12-2,77) se asociaron con el incumplimiento (18).

Otro estudio que se realizó en Costa Rica sobre determinantes del ambiente familiar y la adherencia al tratamiento de la tuberculosis encontró que siete de los entrevistados dice estar desempleado. Sobre el ingreso económico se encontró que apenas alcanza para cubrir con las necesidades básicas, en la mayoría de los entrevistados. Las características de la vivienda de los pacientes, se encontró que en algunos de los casos los techos tienen cielo raso otros no, las paredes son mixtas, en la mayoría el piso es de cemento. De la distribución de las habitaciones, se puede decir que son casas no muy grandes no muy pequeñas, no se encontró hacinamiento, aunque no todas están bien ventiladas, y no tan limpias. En cuanto a los servicios en la comunidad, la mayoría tienen agua y luz (ésta última de forma clandestina) y en el servicio de recolección de basura, es común encontrar bolsas rotas en las orillas de las calles (9).

De igual manera una investigación en la ciudad de México en Yucatán, con 31 participantes se analizó la adherencia al tratamiento y determinantes sociales. Encontrando en cuanto a la adherencia al tratamiento, que el 51.6% (16) de los participantes completó el tratamiento y el 48.4% (15) lo abandonó. De los 16 pacientes que completaron el tratamiento, el 56.25% fueron mujeres y el 43.75% fueron hombres y, de los 15 que abandonaron el tratamiento, el 53.3% fueron hombres y el 46.7% mujeres. El 51.6% de participantes señaló que recibieron apoyo de su familia y el 48.4% no. De igual manera el 35% manifestó que no recibieron autorización para salir y recibir su tratamiento (19).

En referencia al Ambiente Social, el 83.9% de los participantes mencionó no haber recibido apoyo de parte de su familia, sólo el 16.1% mencionó contar con ese apoyo. Además se midió el nivel económico de acuerdo con el ingreso mensual, donde el 22.6% de los participantes se ubicó en el nivel medio, el 16.1% en el nivel bajo y el 61.3% se ubicó en pobreza extrema (19).

Por otro lado un estudio denominando el perfil del paciente con tuberculosis que abandona el tratamiento en Chile describe que el 100% de las auditorías realizadas a las historias clínicas de los pacientes registraron alguna causa de abandono asociada al propio paciente, el 19,5% registró alguna causa asociada al establecimiento de salud, y el 8% una causa asociada al tratamiento (100% por intolerancia a los fármacos). Dentro de las causas asociadas al establecimiento de salud, el 47,1% corresponde a incompatibilidad horaria, 29,4% a problemas en la atención (demora o trato impersonal), 17,6% a lejanía del establecimiento y 5,9% a la falta de fármacos (20).

Una investigación a nivel nacional sobre factores relacionados con el cumplimiento del tratamiento en pacientes con tuberculosis, Pereira, Colombia, 2012-2013 encontró una relación estadísticamente significativa entre el régimen de afiliación al sistema de salud y el resultado del tratamiento, siendo mayor el número de pacientes pertenecientes al régimen subsidiado que no cumplían con el tratamiento ($p=0,035$). La relación entre las manifestaciones de intolerancia a los medicamentos y el resultado del tratamiento fue estadísticamente

significativa en el caso del vómito ($p=0,069$), el mareo ($p=0,040$), el vértigo ($p=0,008$), la hipoacusia ($p=0,006$) y los tinnitus ($p=0,002$). Entre todas las causas de incumplimiento del tratamiento, la principal fue la intolerancia gástrica a los medicamentos, con 40 % (6/15 pacientes). Los pacientes que cumplían con el tratamiento pertenecían al régimen contributivo de afiliación al Sistema General de Seguridad Social, en tanto que quienes lo incumplían estaban afiliados al régimen subsidiado ($p=0,035$) (21).

Para ultimar de manera semejante en la ciudad de Bucaramanga se estudió la Incidencia y factores asociados al abandono del tratamiento antituberculoso, dando a conocer las tasas de incidencia de abandono del tratamiento y describiendo que las personas con apoyo familiar presentaron incidencia de abandono de 0,74 por 1.000 días paciente con intervalo de confianza del 95% entre 0,5-1,1, quienes tenían entre 21 y 30 años, 1,25 (IC95% 0,73-2,15), más de dos meses con síntomas de tuberculosis antes del diagnóstico 1,4 (IC95% 0,8-2,3), haber estado detenido 1,7 (IC95% 1,2-4,9), vivir en estrato bajo 1,2 (IC95% 0,9-2,3), tener VIH-sida 1,8 (IC95% 0,8-4,4), recibir tratamiento en la misma institución donde se hizo el diagnóstico 0,7 (IC95% 0,2-1,0) y presentar efectos secundarios al tratamiento 0,7 (IC95% 0,5-1,0) (22).

4. OBJETIVOS

4.1. OBJETIVO GENERAL

- Determinar los factores socio-demográficos, entorno ambiental, clínico, estilos de vida y salud mental relacionados con la pérdida del seguimiento en el paciente con tuberculosis. Barranquilla, Enero 2014 a Marzo de 2017.

4.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Establecer la comparabilidad de los pacientes en pérdida en el seguimiento y los curados en función:
-Socio-demográfica.
2. Establecer la asociación entre entorno ambiental, clínico y estilos de vida, con los pacientes en pérdida en el seguimiento versus los curados.

5. PROPOSITO

Proveer información al sistema de vigilancia del programa de control de tuberculosis y evidenciar la relación de factores predisponentes socio-demográficos, del medio ambiente, tratamiento, equipo y centro de salud, de salud mental y estilos de vida con los casos de pérdida en el seguimiento del paciente con tuberculosis en la ciudad de barranquilla y de tal manera impactar en el aumento de la eficacia del programa de control.

6. HIPÓTESIS

- La pérdida en el seguimiento del paciente con tuberculosis se debe a diferentes factores predisponentes relacionados con el nivel socio-demográfico, entorno ambiental, clínico, estilos de vida y salud mental.

7. METODOLOGIA

Estudio de tipo analítico observacional de casos y controles retrospectivo para la encuesta denominada “ficha de registro principal estudio nacional de factores de riesgo para el abandono de tratamiento en el programa de control de tuberculosis, Perú”; y estudio descriptivo transversal para el “tamizaje en Salud Mental para pacientes TB, TB FR, TB/VIH SRQ” del ministerio de salud y organización internacional de migraciones.

7.1. POBLACION DE ESTUDIO

7.1.1. CASOS Y CONTROLES.

7.1.1.1. Población diana o de referencia: Pacientes con diagnóstico de tuberculosis de la ciudad de Barranquilla.

7.1.1.2. Población accesible: Los pacientes identificados con diagnóstico de tuberculosis según la base de datos desde Enero de 2014 a Marzo de 2017 del programa de tuberculosis de la secretaria de salud distrital.

7.1.1.3. Población Elegible: Los pacientes con los siguientes criterios:

7.1.1.3.1. Criterios de Inclusión:

Grupo de casos: Paciente con tuberculosis (Paciente abandonador o en pérdida del seguimiento), que inicio tratamiento acortado estrictamente supervisado y suspendió el tratamiento por un por un período de 30 días consecutivos o más. Pacientes con dirección de domicilio en la ciudad de Barranquilla, mayores de 18 años.

Grupo control: Paciente con tuberculosis (pacientes no abandonadores), que inicio tratamiento acortado estrictamente supervisado y lo terminó. Se determino como curado la conclusión del tratamiento, con comprobación o no por baciloscopia y cultivo. Pacientes con dirección de domicilio en la ciudad de Barranquilla, mayores de 18 años.

7.1.1.3.2. Criterios de Exclusión:

Grupo de casos: Pacientes que no accedan a participar en el estudio.

Grupo control: irregularidad del tratamiento, es decir aquellos pacientes que culminaron tratamiento con más de 70 días después de la fecha que debió terminar el tratamiento, pacientes que no son ubicados en su domicilio, pacientes

con domicilio en un sitio de reclusión (Cárcel), discapacidad que impida contestar la encuesta, pacientes que según base de datos no iniciaron tratamiento.

Pacientes que no accedan a participar en el estudio, pacientes que habían abandonado alguna vez el tratamiento pacientes que no son ubicados en su domicilio, pacientes con domicilio en un sitio de reclusión (Cárcel), discapacidad que impida contestar la encuesta, pacientes que según base de datos no iniciaron tratamiento.

Muestra

Se consideraron todos los pacientes registrados como pérdida en el seguimiento (caso) y pacientes que habían concluido con el tratamiento en el esquema que le corresponde (control) durante Enero de 2004 a Marzo de 2017 en el Distrito de Barranquilla.

Aplicados los criterios de inclusión se consideraron casos: 129 y controles 258 pacientes.

De los 129 pacientes que se perdieron en el seguimiento se encuestó a 39 pacientes, de los 258 pacientes que se curaron se encuestó a 110 pacientes, es decir en total de los 387 pacientes considerados para el estudio; se entrevistaron a 149 pacientes.

Los 238 pacientes restantes no se logró realizar la encuesta por no ubicarlos en su domicilio, no aceptaron participar en el estudio, cambiaron de domicilio y en algunos casos el paciente había fallecido.

Con el fin de evaluar y discernir si el estudio tiene el poder necesario para detectar una diferencia relevante o bien si realmente puede no existir tal diferencia en los datos se realizó el cálculo del poder estadístico:

Para un tamaño de muestra de 39 casos y 110 controles, el poder alcanzado se calculó de la siguiente manera:

$$Z1 - \beta = \frac{P1 - P2 \sqrt{cn} - Z1 - \alpha \sqrt{(c + 1)p(1 - p)}}{\sqrt{cp1(1 - p1) + p2(1 - p2)}}$$

Donde se consideró que, de acuerdo a la literatura, los inadecuados horarios para recibir tratamiento, aumenta la probabilidad de una pérdida en el seguimiento de hasta 9 veces más (OR=9), con una frecuencia de exposición entre los controles de un 40% (23).

Utilizando la fórmula para el Cálculo de poder y una seguridad del 95%:

$$OR = 9$$

$$P2 = 0,4$$

$$p1 = \frac{ORp2}{(1 - p2) + ORP2}$$

$$p1 = (9 \times 0,4) / (1 - 0,4) + 9 \times 0,4 = 0,86$$

$$P = (0,86 + 0,40) / 2 = 0,63$$

$$\text{Una razón de controles casos de (C) } 110/39 = 2,8$$

$$\text{Un nivel de confiabilidad del 95\% (} Z_{\alpha/2} = 1,96 \text{)}$$

$$\text{Datos: } P1 = 0,86 \quad P2 = 0,4 \quad C = 2,8 \quad n = 39 \quad Z_{1-\alpha} = 1,96 \quad P = 0,63$$

$$Z1 - \beta = \frac{P1 - P2 \sqrt{cn} - Z1 - \alpha \sqrt{(c + 1)p(1 - p)}}{\sqrt{cp1(1 - p1) + p2(1 - p2)}}$$

$$Z1 - \beta = (0,86 - 0,40 \sqrt{109} - 1,96 \sqrt{(3,8) \times 0,63 (1 - 0,63)}) / \sqrt{2,40 (1 - 0,86) + 0,40 (1 - 0,40)}$$

$$Z1 - \beta = (0,86 - 4,17 - 1,96 \times 0,45) / (\sqrt{2,40 (0,14) + 0,40 (0,60)})$$

$$Z1 - \beta = 2.96 / 1.084 \quad Z1 - \beta = 2.73$$

A partir de la tabla de valores de $Z_{1-\alpha}$, $Z_{1-\alpha} / 2$ y $Z_{1-\beta}$ se pudo determinar el poder estadístico con un valor de $Z1 - \beta = 2.73$ que corresponde a un poder estadístico del 99%.

7.2. VARIABLES:

Variable independiente: Factores predisponentes. **Ver Cuadro anexo 3.**

Variable dependiente: pérdida en el seguimiento: Paciente que se ausenta a la administración de su tratamiento por más de treinta días.

Potencial de sesgos

Los potenciales sesgos que se pueden presentar en este estudio son:

El sesgo de memoria y sesgo de información, puede ocurrir en la recolección de los datos durante la entrevista, si las técnicas de entrevista no son estandarizadas y aplicadas en una forma y con duración similar para todas las personas.

Por lo que previo al proceso de ejecución del proyecto, se solicitó permiso a las autoridades de la secretaria de salud distrital. Se presentó el proyecto a los pacientes, los cuales se llamaron por teléfono y se hizo la respectiva verificación de los datos para su ubicación. Se efectuó también la presentación y capacitación sobre el proyecto, a los auxiliares de investigación (encuestadores).

7.3. PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Sensibilización: Previo al proceso de ejecución del proyecto, se solicitó permiso a las autoridades de la secretaria de salud pública distrital.

Se identificó a los casos y controles de acuerdo al libro de registros de pacientes del programa de tuberculosis del Distrito de Barranquilla.

Se presento el proyecto a los pacientes, los cuales se llamaron por teléfono y se hizo la respectiva verificación de los datos para su ubicación.

Además, se efectuó la presentación y capacitación sobre el proyecto, a los auxiliares de investigación (encuestadores).

Proceso de recolección: Se procedió a aplicar las encuestas en la vivienda del paciente. Para identificar los factores predisponentes relacionados con la pérdida del seguimiento del paciente con tuberculosis se aplicó un cuestionario validado y estructurado con preguntas abiertas y cerradas con alternativas múltiples, lo cual permitió recoger información sobre aspectos socio-demográficos, del

tratamiento, el ambiente, equipo y centro de salud, salud mental y estilos de vida. El nombre de la encuesta es la ficha de registro principal del estudio nacional denominada "ficha de registro principal estudio nacional de factores de riesgo para el abandono de tratamiento en el programa de control de tuberculosis, Perú", realizada en el año 2012 (Ver Anexo 2). La cual fue adaptada y revisada por expertos para ser utilizado en Barranquilla.

Todos los pacientes firmaron el consentimiento informado para la realización del estudio. Los datos, fueron recolectados por los auxiliares de investigación e investigador; se tomaron de la fuente primaria, constituida por los pacientes con tuberculosis en condición de pérdida en el seguimiento y curados.

7.6 PLAN DE PROCESAMIENTO DE LOS DATOS

Se realizó el análisis del instrumento o encuesta aplicada a los pacientes que cumplían con los criterios de inclusión, en el periodo de Enero de 2004 a Marzo de 2017. De la encuesta, en la que se registraron los datos correspondientes al estudio se consideró la totalidad de los datos consignados. Se codificó los datos en códigos numéricos, de acuerdo a la respuesta esperada en cada variable. Así mismo se estructuro un cuadro comparativo de acuerdo a los resultados encontrados para establecer las diferencias en cada grupo de estudio. Se creó una base de datos con todas las variables consideradas en la encuesta. La tabulación, se efectuó de manera mecánica, empleando un software con Windows 7, Excel, y en Salud: IBM SPSS Statistics 20.0.

7.7. PLAN DE ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.

En esta investigación se aplicó una encuesta como técnica de recolección de la información y con las variables se realizó un análisis bivariado mediante una distribución de frecuencias y porcentajes. Luego se construyeron tablas de 2 x 2 para evaluar el grado de asociación entre cada uno de los factores y las complicaciones evaluadas; se realizó el análisis de asociaciones mediante Chi

cuadrado o prueba exacta de Fisher cuando la situación así lo ameritó, y se calculó OR (Odds Ratio) para establecer asociación de las variables en función a los casos y controles.

Finalmente se realizan las conclusiones respectivas de acuerdo a los resultados obtenidos y se describen las recomendaciones correspondientes para mejorar la situación del de la perdida en el seguimiento del paciente con tuberculosis en la ciudad de Barranquilla.

8. ASPECTOS ÉTICOS

Esta investigación se realizó con datos de fuente primaria. La información proviene de dos encuestas realizada a los pacientes del programa de tuberculosis, para lo que se efectuó el consentimiento informado en todas las personas, respetando la libre voluntad de los participantes.

Este estudio fue sometido a evaluación por el comité de ética de la universidad del norte y de acuerdo a la Resolución 8430 de 1993 por medio de la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, y bajo los principios éticos, se clasificó este proyecto como una investigación con riesgo mínimo, debido que dentro del proceso se trataron aspectos sensitivos relacionados con percepciones y creencias de la enfermedad, la atención y el tratamiento.

9. RESULTADOS

La muestra estudiada constó de 39 casos y 110 controles, haciendo un total de 149 personas entrevistadas. La proporción de casos y controles fue de uno a dos.

Los factores predisponentes fueron agrupados en cuatro grupos: Factores predisponentes socio-demográficos, medio ambiente, clínicos y estilos de vida.

9.1. Factores predisponentes socio-demográficos relacionados con la pérdida del seguimiento del paciente con tuberculosis.

Al evaluar la comparabilidad de los pacientes casos y controles en función del sexo, edad, estrato, y nivel de escolaridad no hay diferencia significativa.

De las 149 personas incluidas en el estudio, el 72,5% son hombres (61,5% de casos y el 76,4% de los controles), (Ver Tabla 1).

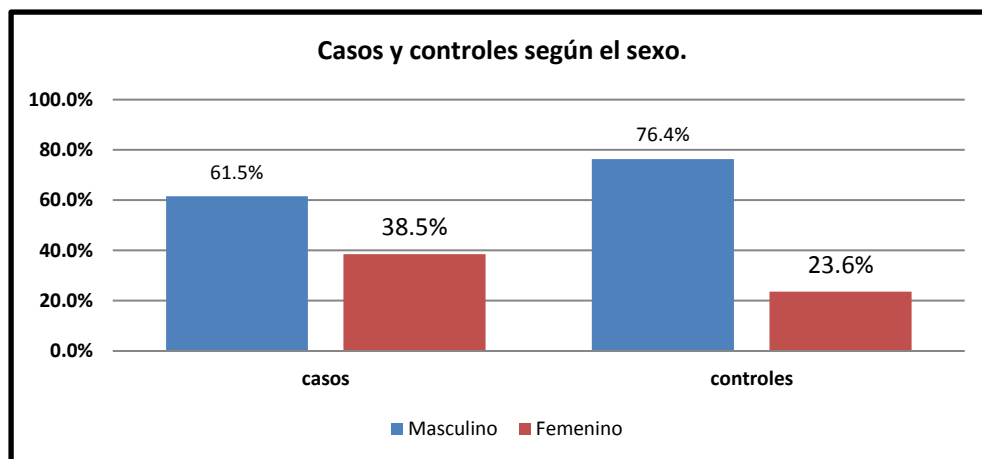
Al analizar la edad de los entrevistados 53,7 % se encuentra entre 46-72 años de edad (38,5% de casos y el 59,1% de los controles), (Ver Tabla 2).

TABLA 1. Análisis bivariado de pacientes de casos y controles según el sexo. Barranquilla, Enero 2014-Marzo 2017.

Casos y controles según el sexo						
Variable		Caso n=39(%)	Control n=110(%)	Total n=149(%)	x2	P-valor
Sexo	Masculino	24(61,5%)	84(76,4%)	108(72,5%)	3,173 ^a	0,075
	Femenino	15(38,5%)	26(23,6%)	41(27,5%)		

Fuente: Estudio factores predisponentes para la pérdida del seguimiento del paciente con tuberculosis. Barranquilla

GRAFICO 1. Casos y controles según el sexo. Barranquilla, Enero 2014-Marzo 2017



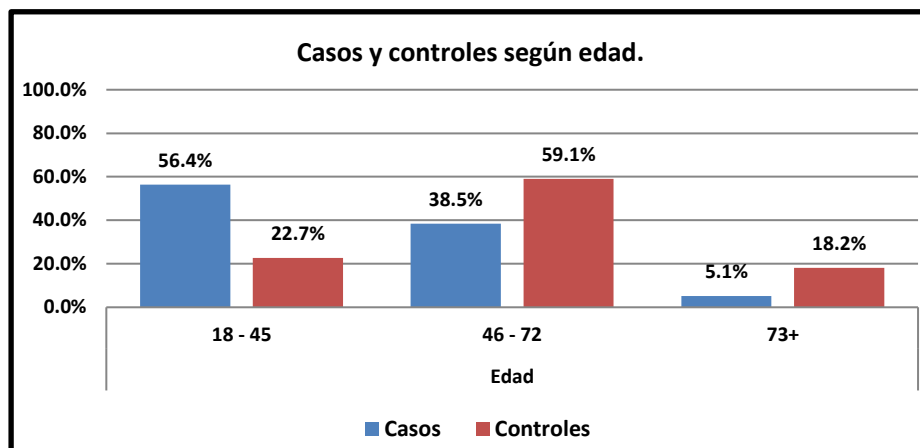
Fuente: Estudio factores predisponentes para la pérdida del seguimiento del paciente con tuberculosis. Barranquilla.

TABLA 2. Análisis bivariado de casos y controles según la edad en la ciudad de Barranquilla, Enero 2014-Marzo 2017.

Casos y controles según edad.						
Variable		Caso n=39(%)	Control n=110(%)	Total n=149(%)	X2	P-valor
Edad.	18 - 45	22 (56,4%)	25 (22,7%)	47 (31,5%)	15,961	0.000
	46 - 72	15(38,5%)	65 (59,1%)	80 (53,7%)		
	73+	2(5,1%)	20(18,2%)	22(14,8%)		

Fuente: Estudio factores predisponentes para la pérdida del seguimiento del paciente con tuberculosis. Barranquilla.

GRAFICO 2. Casos y controles según la edad en la ciudad de Barranquilla. Enero 2014-Marzo 2017.



Fuente: Estudio factores predisponentes para la pérdida del seguimiento del paciente con tuberculosis. Barranquilla.

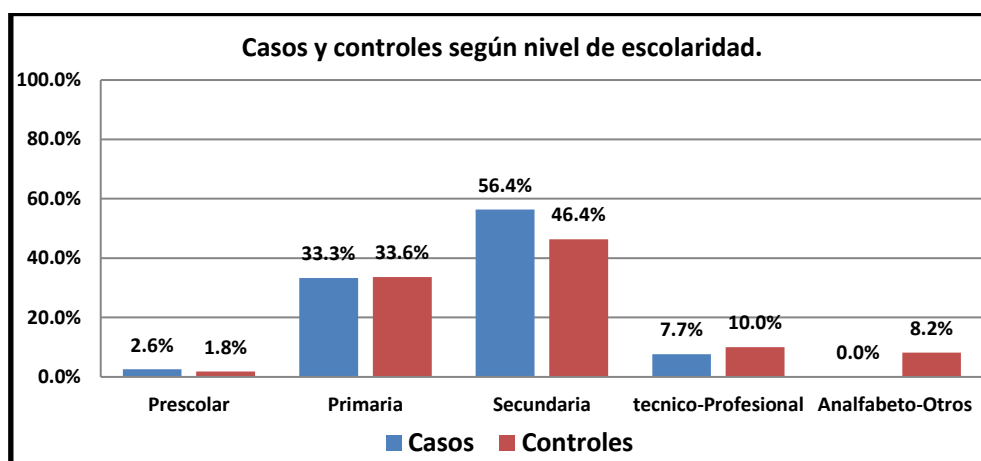
En este estudio, 46,4% de los casos y 56,4% de los controles tienen un nivel de escolaridad de secundaria (Ver Tabla 3).

TABLA 3. Análisis bivariado de casos y controles según nivel de escolaridad. Barranquilla, Enero 2014-Marzo 2017.

Casos y controles según edad.						
Variable		Caso	Control	Total	X2	p-valor
		n=39(%)	n=110(%)	n=149(%)		
Nivel de escolaridad	Preescolar	1 (2,6%)	2 (1,80%)	3 (2%)	4,871	0,432
	Primaria	13(33%)	37(33,6%)	50(33,6%)		
	Secundaria	22(56,40%)	51(46,4%)	73(49%)		
	Técnico-Profesional	3(7,7%)	11(10%)	14(9,4%)		
	Analfabeto-Otros	0(0%)	9(8,2%)	9(6%)		

Fuente: Estudio factores predisponentes para la pérdida del seguimiento del paciente con tuberculosis. Barranquilla

GRAFICO 3. Casos y controles según nivel de escolaridad. Barranquilla, Enero 2014-Marzo 2017.



Fuente: Estudio factores predisponentes para la pérdida del seguimiento del paciente con tuberculosis. Barranquilla

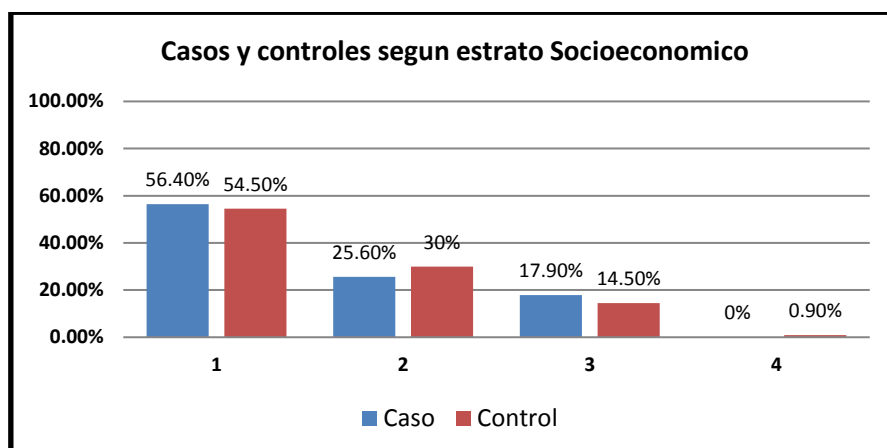
Los casos (56,4%) y curados (54,5%) son de estrato socioeconómico 1 (Ver Tabla 4).

TABLA 4. Análisis bivariado de casos y controles según estrato socio-económico. Barranquilla, Enero 2014-Marzo 2017.

Casos y controles según estrato						
Variable		Caso	Control	Total	X2	p-valor
		n=39(%)	n=110(%)	n=149(%)		
Estrato Socioeconómico	1	22 (56,4%)	60 (54,5%)	82 (55%)	0,778	0,855
	2	10(25,6%)	33(30%)	43(28,90%)		
	3	7(17,9%)	16(14,5%)	23(15,40%)		
	4	0 (0%)	1(0,9%)	1(0,7%)		

Fuente: Estudio factores predisponentes para la pérdida del seguimiento del paciente con tuberculosis. Barranquilla

GRAFICO 4. Casos y controles según estrato socio-económico. Barranquilla, Enero 2014-Marzo 2017.



Fuente: Estudio factores predisponentes para la pérdida del seguimiento del paciente con tuberculosis. Barranquilla

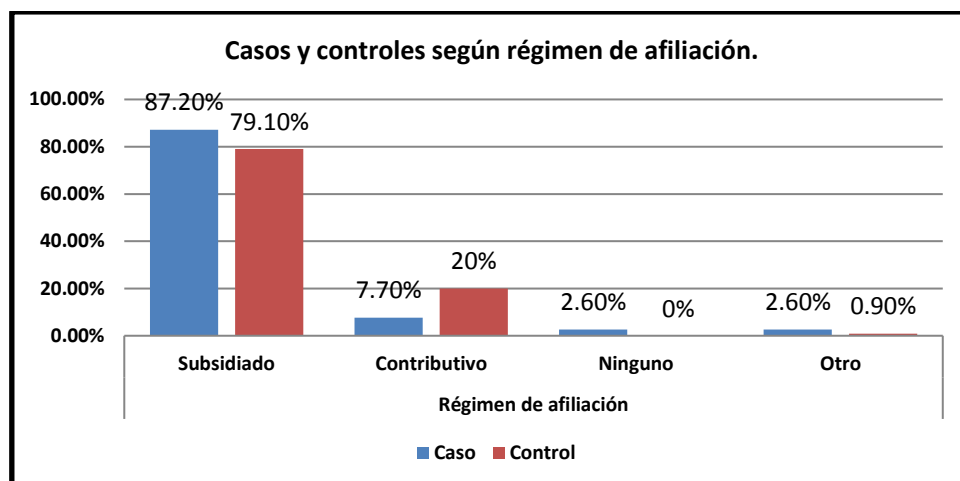
Un 87,2% de casos y un 79,1% de controles pertenecen al régimen de afiliación subsidiado (Ver Tabla 5).

TABLA 5. Análisis bivariado de casos y controles según régimen de afiliación. Barranquilla, Enero 2014-Marzo 2017.

Casos y controles según régimen de afiliación.				
Variable		Caso	Control	Total
		n=39(%)	n=110(%)	n=149(%)
Régimen de afiliación	Subsidiado	34 (87,2%)	87 (79,1%)	121 (81,2%)
	Contributivo	3(7,7%)	22(20%)	25(16,8%)
	Ninguno	1(2,6%)	0(0%)	1(0,7%)
	Otro	1 (2,6%)	1(0,9%)	2(1,3%)

Fuente: Estudio factores predisponentes para la pérdida del seguimiento del paciente con tuberculosis. Barranquilla

GRAFICO 5. Casos y controles según régimen de afiliación. Barranquilla, Enero 2014-Marzo 2017.



Fuente: Estudio factores predisponentes para la pérdida del seguimiento del paciente con tuberculosis. Barranquilla

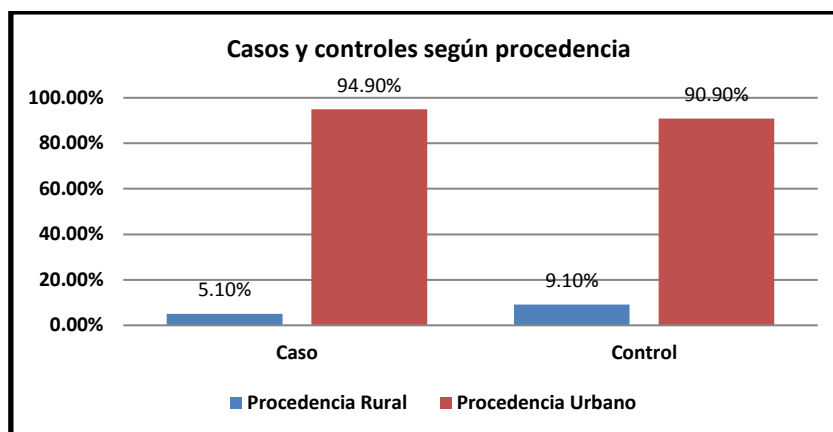
El 94,9% de los casos y 90,9% de los controles son de procedencia urbana (Ver Tabla 6).

TABLA 6. Análisis bivariado de casos y controles según procedencia. Barranquilla, Enero 2014-Marzo 2017.

Casos y controles según procedencia						
Variable		Caso	Control	Total	OR	Fisher
		n=39(%)	n=110(%)	n=149(%)	IC 95%	
Procedencia	Rural	2 (5,1%)	10 (9,1%)	12 (8,20%)	0,541(0,113-2,583)	0,732
	Urbano	37(94,9%)	100(90,9%)	137(91,9%)		

Fuente: Estudio factores predisponentes para la pérdida del seguimiento del paciente con tuberculosis. Barranquilla.

GRAFICO 6. Casos y controles según procedencia. Barranquilla, Enero 2014-Marzo 2017.



Fuente: Estudio factores predisponentes para la pérdida del seguimiento del paciente con tuberculosis. Barranquilla.

9.2. Factores predisponentes del medio ambiente relacionados con la pérdida del seguimiento del paciente con tuberculosis.

El 73,2% de los pacientes encuestados tiene un ingreso económico familiar menor a 1 salario mínimo, el 24,8% tiene entre 1 y 2 salarios mínimos y el 2% entre 2 y 3 salarios mínimos (Ver Tabla 7).

TABLA 7. Ingreso económico familiar relacionado con los casos y controles. Barranquilla, Enero 2014-Marzo 2017.

Casos y controles según ingreso familiar				
Variable		Caso	Control	Total
		n=39(%)	n=110(%)	n=149(%)
Ingreso económico	Menos de 1 salario mínimo	27(69,2%)	82(74,5%)	109 (73,20%)
	Entre 1 y 2 salario mínimo	11(28,2%)	26(23,6%)	37(24,8%)
	Entre 2 y 3 salario mínimo	1(2,6%)	2(1,8%)	3(2,0%)

Fuente: Estudio factores predisponentes para la pérdida del seguimiento del paciente con tuberculosis. Barranquilla.

Referente a los servicios públicos de la vivienda solo 3 de los pacientes encuestados no contaban con servicio de alcantarillado.

La razón entre la ausencia del servicio de alcantarillado en la vivienda versus tener el servicio de alcantarillado en la vivienda es 5,8 veces mayor en los casos en comparación con los controles. Esta asociación no es estadísticamente significativa. (Ver Tabla 8).

TABLA 8. Análisis bivariado del servicio de alcantarillado relacionado con los casos y controles. Barranquilla, Enero 2014-Marzo 2017.

Casos y controles según servicio de alcantarillado						
Variable		Caso	Control	Total	OR	Fisher
		n=39(%)	n=110(%)	n=149(%)	IC 95%	
Alcantarillado	No	2 (5,1%)	1(0,9%)	3 (2,0%)	5,892 (0,519-66.875)	0,168
	SI	37(94,9%)	109(99,1%)	146(98%)		

Fuente: Estudio factores predisponentes para la pérdida del seguimiento del paciente con tuberculosis. Barranquilla.

Con un OR de 0,297 (IC 95%; 0,108 a 0,8) y prueba exacta de Fischer con un P-valor 0,021 podemos decir que hay asociación significativa entre tener el factor de apoyo familiar en los casos versus tener el factor de apoyo familiar en los controles; resulta el apoyo familiar como un factor protector en el tratamiento de la tuberculosis. (Ver Tabla 9).

TABLA 9. Análisis bivariado de la percepción de apoyo familiar relacionado con los casos y controles. Barranquilla, Enero 2014-Marzo 2017.

Casos y controles según apoyo familiar.						
Variable		Caso	Control	Total	OR	Fisher
		n=39(%)	n=110(%)	n=149(%)	IC 95%	
Apoyo familiar	SI	30 (76,9%)	101(91,8%)	131(87,9%)	0,297 (0,108-0,815)	0,021
	No	9(23,1%)	9(8,2%)	18(12,1%)		

Fuente: Estudio factores predisponentes para la pérdida del seguimiento del paciente con tuberculosis. Barranquilla.

Con un OR de 1,105 (IC 95%; 0,14 a 2,373) La probabilidad de no pertenecer a una fundación de apoyo en los casos es 1.1 veces mayor a la probabilidad de no pertenecer a una fundación de apoyo en los controles. Con un chi-cuadrado

de 0.065 con 1 grado de libertad y un P-valor 0,798 podemos decir que esta asociación no es estadísticamente significativa.

TABLA 10. Análisis bivariado de la pertenencia a grupos de apoyo y la relación con los casos y controles. Barranquilla, Enero 2014-Marzo 2017.

Casos y controles según pertenencia fundación de apoyo.						
Variable		Caso	Control	Total	OR	x2
		n=39(%)	n=110(%)	n=149(%)	IC 95%	
Pertenece fundación	No	14 (35,9%)	37(33,6%)	51(34,2%)	1,105 (0,514-2,373)	0,065 ^a
	SI	25(64,1%)	73(66,4%)	98(65,8%)		

Fuente: Estudio factores predisponentes para la pérdida del seguimiento del paciente con tuberculosis. Barranquilla.

El 98% de los pacientes encuestados en esta investigación manifestaron pertenecer a una religión (64,1% de casos y 66,4% de controles) (Ver tabla 11). De igual manera un 96% manifestó que la religión les permitía tomar el tratamiento, con un OR de 0,080 (IC 95%; 0,009 a 0,742) y prueba exacta de Fischer con un P-valor 0,017 podemos decir que esta asociación es estadísticamente significativa, (Ver Tabla 12).

Hay menor probabilidad de que la religión permita tomar el tratamiento en los casos cuando se comparan con los controles.

TABLA 11. Análisis bivariado de la religión y la relación con los casos y controles. Barranquilla, Enero 2014-Marzo 2017.

Casos y controles según la religión					
Variable		Caso	Control	Total	OR
		n=39(%)	n=110(%)	n=149(%)	IC 95%
Pertenencia a religión	SI	25 (64,1%)	73(66,4%)	98(65,8%)	0,905 (0,421-1,944)
	No	14(35,9%)	37(33,6%)	51(34,2%)	

Fuente: Estudio factores predisponentes para la pérdida del seguimiento del paciente con tuberculosis. Barranquilla.

TABLA 12. Análisis bivariado del permiso de la religión para la toma del tratamiento tuberculosis y la relación con casos y controles. Barranquilla, Enero 2014-Marzo 2017.

Casos y controles según permiso de la religión para toma del tratamiento.						
Variable		Caso	Control	Total	OR	Fisher
		n=39(%)	n=110(%)	n=149(%)	IC 95%	
Permiso para tratamiento.	SI	35 (89,9%)	109(99,1%)	144(96,6%)	0,080 (0,009-0,742)	0,017
	No	4(10,3%)	1(0,9%)	5(3,4%)		

Fuente: Estudio factores predisponentes para la pérdida del seguimiento del paciente con tuberculosis. Barranquilla.

En el análisis referente a la medicina alternativa o natural resultó que el 66,7% de los casos y 67,3 % de los controles manifestaron no considerar la medicina tradicional como alternativa para solucionar el problema de la tuberculosis.

Con un OR de 1,028 (IC 95%; 0,473 a 2,233) y con un chi-cuadrado de 0.005 con 1 grado de libertad y un P-valor 0,945 podemos decir que no hay asociación estadísticamente significativa, entre considerar la medicina tradicional como alternativa para solucionar el problema de la tuberculosis en los casos versus considerar la medicina tradicional como alternativa para solucionar el problema de la tuberculosis en los controles. (Ver Tabla 13).

TABLA 13. Análisis bivariado de la Creencia en la medicina alternativa como solución de la tuberculosis relacionado con casos y controles. Barranquilla, Enero 2014-Marzo 2017.

Casos y controles según creencia en medicina alternativa.						
Variable		Caso	Control	Total	OR	X2
		n=39(%)	n=110(%)	n=149(%)	IC 95%	
Creencia medicina alternativa.	SI	13 (33,3%)	36(32,7%)	49(32,9%)	1,028 (0,473-2,233)	0,005 ^a
	No	26(66,7%)	74(67,3%)	100(67,1%)		

Fuente: Estudio factores predisponentes para la pérdida del seguimiento del paciente con tuberculosis. Barranquilla.

9.3. Factores predisponentes clínicos relacionados con la pérdida del seguimiento del paciente con tuberculosis.

En cuanto al tratamiento, atención y equipo de salud se obtuvo que: el 43 % de los casos y controles se encontraron muy satisfechos con la explicación de los efectos secundarios del tratamiento, el 52.3% se encontró satisfecho, e insatisfecho y muy insatisfecho un 4,7% de la población encuestada, (Ver tabla 14).

TABLA 14. Satisfacción en cuanto a la explicación de los efectos secundarios del tratamiento relacionado con casos y controles. Barranquilla. Enero 2014-Marzo 2017.

Casos y controles según satisfacción de explicación efectos secundarios.				
Variable		Caso	Control	Total
		n=39(%)	n=110(%)	n=149(%)
Explicación efectos secundarios	Muy satisfecho	12 (30,8%)	52(47,3%)	64 (43,0%)
	satisfecho	23(59,0%)	55(50,0%)	78(52,30%)
	Ninguno	1(2,6%)	1(0,90%)	2(1,30%)
	Insatisfecho	3 (7,7%)	2(1,8%)	5(3,40%)

Fuente: Estudio factores predisponentes para la pérdida del seguimiento del paciente con tuberculosis. Barranquilla.

En este estudio luego del análisis en relación con la percepción de cantidad del tratamiento se obtuvo que un 9,4% de los participantes la considera excesiva, mientras un 1,7% insuficiente y un 89,9% adecuada la cantidad del medicamento para la tuberculosis. (Ver tabla 15).

TABLA 15. Percepción del paciente sobre la cantidad de medicamentos recibida relacionado con casos y controles. Barranquilla, Enero 2014-Marzo 2017.

Casos y controles según cantidad de medicamentos.				
Variable		Caso	Control	Total
		n=39(%)	n=110(%)	n=149(%)
Cantidad de medicamentos	Excesivo	7(17,9%)	7(6,4%)	14(9,4%)
	Insuficiente	1(2,6%)	0(0%)	1(1,7%)
	Adecuado	31(79,5%)	103(93,6%)	134(89,9%)

Fuente: Estudio factores predisponentes para la pérdida del seguimiento del paciente con tuberculosis. Barranquilla.

Un 97.3% pacientes entre casos y controles manifestaron que el sistema de salud cubre los medicamentos para la tuberculosis contra un 2.7% entre casos y controles que manifestó que el sistema de salud no le cubre los medicamentos para la tuberculosis. Con la prueba exacta de Fischer se obtuvo un P-valor de 0,573 con el cual podemos decir que la asociación entre la cobertura de medicamentos para la tuberculosis en los casos versus la cobertura de medicamentos para la tuberculosis en los controles, no es estadísticamente significativa (Ver Tabla 16).

TABLA 16. Análisis bivariado de cobertura de medicamentos para la tuberculosis y la relación con casos y controles. Barranquilla, Enero 2014-Marzo 2017.

Casos y controles según cobertura de medicamentos.					
Variable		Caso	Control	Total	Fisher
		n=39(%)	n=110(%)	n=149(%)	
Cobertura de medicamentos.	SI	39 (100%)	106(96,4%)	145(97,3%)	0,573
	No	0(0%)	4(3,6%)	4(2,7%)	

Fuente: Estudio factores predisponentes para la pérdida del seguimiento del paciente con tuberculosis. Barranquilla

Con un OR de 5,245 (IC 95%: 1,191 a 23,098) y prueba exacta de Fischer con un P-valor 0,029 podemos decir que hay significancia estadística entre no haber sentido mejoría en el tratamiento para la tuberculosis en los casos versus el no haber sentido mejoría en el tratamiento para la tuberculosis, (Ver tabla 17). Es decir, hay 5,2 veces más probabilidad de no haber sentido mejoría en el tratamiento para la tuberculosis en los casos comparado con los controles.

TABLA 17. Análisis bivariado de la sensación de mejoría y la relación con casos y controles. Barranquilla, Enero 2014-Marzo 2017.

Casos y controles según mejoría en el estado de salud.					
Variable		Caso	Control	Total	Fisher
		n=39(%)	n=110(%)	n=149(%)	
					OR IC 95%

Mejoría en el estado de salud.	No	5(12,8%)	3(2,7%)	8(5,4%)	5,245 (1,191-23,098)	0,029
	SI	34(87,2%)	107(97,3%)	141(94,6%)		

Fuente: Estudio factores predisponentes para la pérdida del seguimiento del paciente con tuberculosis. Barranquilla.

En el análisis del conocimiento sobre los riesgos de abandonar o ser una perdida en el seguimiento al tratamiento se obtuvo un OR de 12,457 (IC 95%; 1,347 a 115,173) y prueba exacta de Fischer con un P-valor 0,017 podemos decir que hay asociación estadísticamente significativa, entre el conocimiento de los riesgos de abandono del tratamiento en los casos versus conocimiento de los riesgos de abandono del tratamiento en los controles, (Ver tabla 18).

La probabilidad de no tener el conocimiento de los riesgos del abandono del tratamiento entre los casos es 12 veces mayor comparada con la probabilidad de no tener el conocimiento de los riesgos de abandono entre los controles.

TABLA 18. Análisis bivariado del conocimiento de los riesgos de abandono del tratamiento y la relación con casos y controles. Barranquilla, Enero 2014-Marzo 2017.

Casos y controles según conocimientos de los riesgos del abandono.						
Variable		Caso	Control	Total	OR	Fisher
		n=39	n=110	n=149	IC 95%	
Conocimientos de los riesgos del abandono.	No	4 (10,3%)	1(0,9%)	5(3,4%)	12,457 (1,347-115,173)	0,017
	SI	35(89,7%)	109(99,1)	144(96,6)		

Fuente: Estudio factores predisponentes para la pérdida del seguimiento del paciente con tuberculosis. Barranquilla.

Al preguntar sobre la sensación de malestar durante el tratamiento se obtuvo una fuerza de asociación, OR de 2,067 (IC 95%; 0,979 a 4,372) y un chi cuadrado de 3,695 con un P-valor 0,055 podemos decir que no hay relación significativa, entre sentir malestar al tratamiento en los casos versus sentir malestar al tratamiento en los controles, (Ver tabla 19).

TABLA 19. Análisis bivariado de sensación de malestar y la relación con casos y controles. Barranquilla, Enero 2014-Marzo 2017.

Casos y controles según sensación de malestar en el medicamento						
Variable		Caso	Control	Total	OR	X2
		n=39(%)	n=110(%)	n=149(%)	IC 95%	
Sensación de malestar.	Si	24(61,5%)	48(43,6%)	72(48,3%)	2,067 (0,979-4,362)	3,695a P-valor 0,055
	No	15(38,5%)	62(56,4%)	77(51,7%)		

Fuente: Estudio factores predisponentes para la pérdida del seguimiento del paciente con tuberculosis. Barranquilla.

El 18% de los pacientes encuestados manifestó padecer de Diabetes Mellitus (15,4% de los casos y 19,1% de los controles) y con un OR 0.771 (IC 95% 0.286-2.077) y un chi cuadrado de 0,267 con un P-valor 0,606, no es estadísticamente significativo. (Ver tabla 20).

TABLA 20. Análisis bivariado de la enfermedad de Diabetes Mellitus relacionado con casos y controles. Barranquilla. Enero 2014-Marzo 2017.

Casos y controles según enfermedad de diabetes Mellitus						
Variable		Caso	Control	Total	OR	X2
		n=39(%)	n=110(%)	n=149(%)	IC 95%	
Diabetes	Si	6(15,4%)	21(19,1%)	27(18,1%)	0,771 (0,286-2,077)	0,267a P-valor 0,606
	No	33(84,6%)	89(80,9%)	122(81,9%)		

Fuente: Estudio factores predisponentes para la pérdida del seguimiento del paciente con tuberculosis. Barranquilla.

El 15.4% de los pacientes encuestados manifestó padecer de Hipertensión Arterial (7,7% de los casos y 18,2 de los controles) y con un OR 0.376 (IC 95% 0.106-1.340) y un chi cuadrado de 2,427 con un P-valor 0,119 podemos decir que no hay asociación estadísticamente significativa, entre la enfermedad de

hipertensión en los casos versus entre la enfermedad de hipertensión en los controles, (Ver tabla 21).

TABLA 21. Análisis bivariado de la enfermedad de Hipertensión Arterial relacionado con casos y controles. Barranquilla. Enero 2014-Marzo 2017.

Casos y controles según enfermedad de diabetes Mellitus						
Variable		Caso	Control	Total	OR	X2
		n=39(%)	n=110(%)	n=149(%)	IC 95%	
Hipertensión arterial	Si	3(7,7%)	20(18,2%)	23(15,4%)	0,375 (0,105-1,340)	2,427a P-valor 0,119
	No	36(92,3%)	90(81,8%)	126(84,6%)		

Fuente: Estudio factores predisponentes para la pérdida del seguimiento del paciente con tuberculosis. Barranquilla.

El 5.4% (5,1 de casos y 5,5 de controles) de los pacientes encuestados manifestó padecer de insuficiencia renal y con un OR 0.937 (IC 95% 0.181-4,848) y prueba exacta de Fischer con un P-valor 1,000 podemos decir que no hay asociación significativa, entre la enfermedad de insuficiencia renal en los casos versus la enfermedad de insuficiencia renal en los controles, (Ver tabla 22).

TABLA 22. Análisis bivariado de la enfermedad de Insuficiencia Renal relacionado con casos y controles. Barranquilla, Enero 2014-Marzo 2017.

Casos y controles según enfermedad de Insuficiencia renal						
Variable		Caso	Control	Total	OR	Fisher
		n=39(%)	n=110(%)	n=149(%)	IC 95%	
Insuficiencia renal	Si	2(5,1%)	6(5,5%)	8(5,4%)	0,937 (0,181-4,848)	1,000
	No	37(94,9%)	104(94,5%)	141(94,6%)		

Fuente: Estudio factores predisponentes para la pérdida del seguimiento del paciente con tuberculosis. Barranquilla.

En este estudio con un OR 1,682 (IC 95% 0.464-6,090) y prueba exacta de Fischer con un P-valor 0,479 podemos afirmar que en este estudio la probabilidad de convivir con el VIH versus es 1.7 veces mayor en los casos en comparación a los controles. (Ver Tabla 23).

TABLA 23. Análisis bivariado sobre la enfermedad de VIH relacionada con casos y controles. Barranquilla, Enero 2014-Marzo 2017.

Casos y controles según enfermedad de VIH						
Variable		Caso	Control	Total	OR	Fisher
		n=39(%)	n=110(%)	n=149(%)	IC 95%	
VIH	Si	4(10,3%)	7(6,4%)	11(7,4%)	1,682 (0,464-6,090)	0,479
	No	35(89,7%)	103(93,6%)	138(92,6%)		

Fuente: Estudio factores predisponentes para la pérdida del seguimiento del paciente con tuberculosis. Barranquilla.

La probabilidad de necesitar transporte para asistir al centro de salud en los casos es 2.1 veces mayor la probabilidad de necesitar transporte para asistir al centro de salud en los controles. La asociación es significativamente estadística (Ver Tabla 27).

TABLA 24. Análisis bivariado de la necesidad de transporte relacionada con casos y controles. Barranquilla, Enero 2014-Marzo 2017.

Casos y controles según necesidad de transporte						
Variable		Caso	Control	Total	OR	X2
		n=39(%)	n=110(%)	n=149(%)	IC 95%	
Necesidad de transporte.	Si	21(53,8%)	39(35,5%)	60(40,3%)	2,124 (1,012-4,456)	4,049 ^a P-valor 0,044
	No	18(46,2%)	71(64,5%)	89(59,7%)		

Fuente: Estudio factores predisponentes para la pérdida del seguimiento del paciente con tuberculosis. Barranquilla.

El 94.6% de los pacientes encuestados (89,7% de casos y 96,4% de controles) manifestó que la persona que los atendió durante el tratamiento para la tuberculosis estaba completamente capacitado (Ver Tabla 25).

TABLA 25. Percepción de capacitación del personal asistencial relacionada con casos y controles. Barranquilla, Enero 2014-Marzo 2017.

Casos y controles según percepción de capacitación del profesional de salud.				
Variable		Caso	Control	Total
		n=39(%)	n=110(%)	n=149(%)
Percepción de capacitación del profesional de salud.	Completamente capacitado	35(89,7%)	106(96,4%)	141(94,6%)
	No estaba capacitado	2(5,1%)	4(3,6%)	6(4%)
	Capacitado a medias	2(5,1%)	0(0%)	2(1,3%)

Fuente: Estudio factores predisponentes para la pérdida del seguimiento del paciente con tuberculosis. Barranquilla.

El 96% de los pacientes encuestados (87,2% de casos y 99,1 de controles) manifestó que el horario de atención del centro de salud es adecuado para la toma del mismo. Considerándose este como un factor protector un OR 0.062 (IC 0.07-0.553) (Ver Tabla 26).

TABLA 26. Análisis bivariado sobre horario de atención del centro de relacionada con casos y controles. Barranquilla, Enero 2014-Marzo 2017.

Casos y controles según horario del centro de salud					
Variable		Caso	Control	Total	OR
		n=39(%)	n=110(%)	n=149(%)	IC 95%
Horario adecuado del centro de salud.	Si	34(87,2%)	109(99,1%)	143(96,0%)	0,062 (0,007-0,553)
	No	5(12,8%)	1(0,9%)	6(4,0%)	

Fuente: Estudio factores predisponentes para la pérdida del seguimiento del paciente con tuberculosis. Barranquilla.

9.4. Factores predisponentes del estilo de vida relacionados con la pérdida del seguimiento del paciente con tuberculosis.

En este estudio la probabilidad de consumir marihuana en los casos es 6,8 veces mayor que la probabilidad del consumo de marihuana en los controles, con (OR: 6,839; IC95%: 1,930 a 24.235) (Ver Tabla 27). La marihuana es un factor predisponente que se relaciona estadísticamente con la pérdida del seguimiento de los pacientes con tuberculosis.

TABLA 27. Análisis bivariado entre el consumo de Marihuana relacionada con casos y controles. Barranquilla, Enero 2014-Marzo 2017.

Casos y controles según consumo de marihuana						
Variable		Caso	Control	Total	OR	Fisher
		n=39(%)	n=110(%)	n=149(%)	IC 95%	
Consumo de marihuana	Si	8(20,5%)	4(3,6%)	12(8,1%)	6,839 (1,930-24,235)	0,003
	No	31(79,5%)	106(96,4%)	137(91,9%)		

Fuente: Estudio factores predisponentes para la pérdida del seguimiento del paciente con tuberculosis. Barranquilla.

Un 2% de pacientes encuestados consumen cocaína (5,1% de casos y 0,9 % de controles) y el 22 % de los pacientes encuestados consumen alcohol (23,1% y 21,8%). (Ver Tabla 28, 29). La cocaína resultó con un OR: 5,892; IC95%: 0,519 a 66,875 y el alcohol un OR: 1,075; IC95%: 0,450 a 2,572, no existiendo estadísticamente significancia en los datos.

TABLA 28. Análisis bivariado entre el consumo de Cocaína relacionada con casos y controles. Barranquilla, Enero 2014-Marzo 2017.

Casos y controles según consumo de cocaína						
Variable		Caso	Control	Total	OR	Fisher
		n=39(%)	n=110(%)	n=149(%)	IC 95%	
Consumo de cocaína	Si	2(5,1%)	1(0,9%)	3(2,0%)	5,892 (0,519-66,875)	0,168
	No	37(94,9%)	109(99,1%)	146(98,0%)		

Fuente: Estudio factores predisponentes para la pérdida del seguimiento del paciente con tuberculosis. Barranquilla.

TABLA 29. Análisis bivariado entre el consumo de alcohol relacionada con casos y controles. Barranquilla, Enero 2014-Marzo 2017.

Casos y controles según consumo de alcohol						
Variable		Caso	Control	Total	OR	X2
		n=39(%)	n=110(%)	n=149(%)	IC 95%	
Consumo de Alcohol	Si	9(23,1%)	24(21,8%)	33(22,1%)	1,075 (0,450-2,570)	0,026 ^a P-valor 0,871
	No	30(76,9%)	86(78,2%)	116(77,9%)		

Fuente: Estudio factores predisponentes para la pérdida del seguimiento del paciente con tuberculosis. Barranquilla.

El 62.4% de los pacientes encuestados (53,8% de casos y 65,5% de controles) manifestó tener cambios en el estilo de vida, OR: 0.616; (IC95%: 0.293 a 1.293) y el 85.9% recibió las recomendaciones de la dieta, OR: 0.619; (IC95%: 0.187 a 1.389) (Ver Tabla 30, 31). No es estadísticamente significativo.

TABLA 30. Análisis bivariado sobre cambio de estilo de vida relacionada con casos y controles. Barranquilla, Enero 2014-Marzo 2017.

Casos y controles según cambios en estilos de vida						
Variable		Caso	Control	Total	OR	X2
		n=39(%)	n=110(%)	n=149(%)	IC 95%	
Cambio en estilos de vida.	Si	21(53,8%)	72(65,5%)	93(62,4%)	0,616 (0,293-1,293)	1,654 ^a P-valor 0,198
	No	18(46,2%)	38(34,5%)	56(37,6%)		

Fuente: Estudio factores predisponentes para la pérdida del seguimiento del paciente con tuberculosis. Barranquilla.

TABLA 31. Análisis bivariado sobre las recomendaciones acerca de la dieta relacionada con casos y controles. Barranquilla, Enero 2014-Marzo 2017.

Casos y controles según recomendaciones de la dieta						
Variable		Caso	Control	Total	OR	X2
		n=39(%)	n=110(%)	n=149(%)	IC 95%	
Recomendaciones acerca de la dieta.	Si	31(79,5%)	97(88,2%)	128(85,9%)	0,519 (0,197-1,369)	1,798 ^a P-valor 0.180
	No	8(20,5%)	13(11,8%)	21(14,1%)		

Fuente: Estudio factores predisponentes para la pérdida del seguimiento del paciente con tuberculosis. Barranquilla.

10. DISCUSIÓN

Según los resultados de este estudio encontramos un número de variables asociadas a la pérdida del seguimiento del paciente con tuberculosis en Barranquilla, las cuales podrían desempeñar un rol importante y significativo no solo para el abandono del tratamiento sino también para la transmisión de la enfermedad.

Así que las características socio-demográficas, del entorno ambiental, clínicas, de estilos de vida y salud mental son factores que predisponen a la pérdida del seguimiento del paciente con tuberculosis en Barranquilla cuyo conocimiento

debe ser tomado en cuenta por el sector de salud, político y educativo con el fin de fortalecer programas de promoción, prevención y control de la enfermedad. Por otro lado no fue objetivo del estudio, pero se lograron identificar factores protectores contra el abandono.

Las dificultades con la curación de la enfermedad a nivel mundial a forzado a los diferentes países a realizar investigaciones sobre la problemática de pérdida en el seguimiento, permitiendo conocer de primera mano, cuáles son los factores que contribuyen a esta situación, específicos para cada región.

A continuación, contrasto los hallazgos de la presente investigación, con otros estudios sobre el tema:

En lo relacionado con el apoyo familiar, en Perú, un estudio reportó que el apoyo familiar es un factor protector o que promueve la adherencia al tratamiento OR: 0.053 (IC 95% 0.018 - 0.153) (4). En este estudio también el apoyo familiar es un factor protector en el tratamiento de la tuberculosis.

Por otro lado, en lo relacionado con el permiso de la religión para la toma del tratamiento el presente estudio se contradice con un estudio del Perú, que al preguntar si la religión permitía la toma del tratamiento a los pacientes con tuberculosis se encontró un OR 1,00 (IC 95% 0.98 - 1.02), no hubo fuerza de asociación estadísticamente significativa, (5).

Así mismo, en este estudio luego del análisis en relación con la percepción de cantidad del tratamiento se obtuvo que un 10% de los participantes la considera excesiva, mientras un 1,5% insuficiente y un 90% adecuada la cantidad del medicamento para la tuberculosis. Este resultado no se esperaba en este estudio ya que en la revisión de literatura de investigaciones a nivel internacional (Por ejemplo en un estudio en la provincia de Ica, Perú) se encontró que la mayoría de los casos y controles considera excesiva la cantidad de tratamiento recibido (5), es decir en barranquilla este factor se comporta de manera diferente.

En el nivel internacional también encontramos estudios relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas y la asociación con la pérdida del seguimiento de los pacientes con tuberculosis, por ejemplo en Rusia se encontró que el abuso de sustancias está asociado estrechamente al incumplimiento del tratamiento con (OR ajustado: 7,3; IC95%: 2,89 a 18,46) y a su abandono (OR ajustada: 11,2; IC95%: 2,55 a 49,17), (10).

En Nicaragua una investigación realizada sobre el abandono del tratamiento de la tuberculosis obtuvo como resultados que son factores de riesgo de abandono de la farmacoterapia antituberculosa el consumo de bebidas alcohólicas (OR: 5,25; IC95%: 2,43 a 12,94), uso de drogas ilícitas (OR: 5,25; IC95%: 2,43 a 12,94), (11).

En este estudio se coincide con los datos de estas dos investigaciones debido a que la probabilidad de consumir marihuana en los casos es 6,8 veces mayor que la probabilidad del consumo de marihuana en los controles, con (OR: 6,839; IC95%: 1,930 a 24.235). La marihuana es un factor predisponente que se relaciona estadísticamente con la pérdida del seguimiento de los pacientes con tuberculosis.

Considerando las investigaciones en el nivel local en Bucaramanga en un estudio sobre factores asociados al abandono del tratamiento antituberculoso se encontró que el convivir con VIH tiene una asociación para la pérdida del seguimiento de OR 1,8 (IC95% 0,8-4,4), (22). Lo que se encuentra acorde con los resultados de este estudio que con un OR 1,682 (IC 95% 0.464-6,090) y prueba exacta de Fischer con un P-valor 0,479 podemos afirmar que la probabilidad de convivir con el VIH versus es 1.7 veces mayor en los casos en comparación a los controles.

Considero que el presente estudio con un diseño metodológico, un número adecuado de pacientes y la identificación de múltiples factores predisponentes para la pérdida del seguimiento debe ser tomado en cuenta para futuros

estudios. De igual forma también se reconocen las limitaciones del estudio propias de los estudios de casos y controles como el sesgo de memoria.

Por otro lado se espera que este trabajo se constituya en un aporte para la investigación existente en el país. Así mismo, en Barranquilla se tiene la confianza en que sea de gran ayuda en el aumento de los indicadores programáticos de tuberculosis.

11. CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIONES

En el Distrito de Barranquilla, con respecto al estudio los factores predisponentes para la pérdida del seguimiento en el paciente con tuberculosis. Percepción de los usuarios, Enero 2014 a Marzo de 2017 se concluye que: al evaluar la comparabilidad de los pacientes casos y controles en función del sexo, edad, estrato, y nivel de escolaridad no hay diferencia significativa.

En los factores predisponentes relacionados con el estilo de vida, tratamiento y medio ambiente del paciente; el consumo de sustancias psicoactivas, la falta de apoyo familiar, la necesidad de transporte y no haber sentido mejoría durante el tratamiento, representan una mayor fuerza de asociación y significancia

estadística en las personas con pérdida del seguimiento comparado con personas curadas. Por otro lado en los factores predisponentes clínicos se puede afirmar que la adecuada relación del paciente con el personal de salud y el adecuado horario de atención se comportan como factores protectores que podrían evitar la pérdida del seguimiento del paciente con tuberculosis.

Hasta aquí es evidente que las pérdidas en el seguimiento impactan negativamente en la salud pública del Distrito de Barranquilla y se recomienda a los prestadores de atención en salud primaria diseñar estrategias que permitan identificar de manera adecuada y oportuna los factores predisponentes relacionados con la pérdida del seguimiento e intervenirlos, no solo como prevención para la pérdida del seguimiento sino también como estrategia para recuperar y reincorporar los pacientes perdidos en el seguimiento al programa de tuberculosis; mediante un programa de educación en salud continua dirigido a los pacientes, familia y comunidad.

Por otro lado empoderar a los profesionales en salud y a la comunidad en la participación activa, toma de decisiones y visión positiva de la problemática; un apoyo en el seguimiento del tratamiento de tuberculosis mediante herramientas tales como la sensibilización y estrategia DOTS comunitario, debido a que no debemos centrarnos en intervenciones individuales que al final no tengan gran impacto.

Se debe fortalecer las alianzas intersectoriales y abogacías con enfoque de derechos. Las alianzas con fundaciones de apoyo al tratamiento de tuberculosis y centros de manejo de patologías psiquiátricas que incluyen en el manejo de abuso de sustancias psicoactivas, en el caso de presentarse pacientes con el factor predisponente. De igual manera alianzas con bienestar familiar, líderes comunitarios que nos permitan entender el entorno social e ir más allá de la clínica de la enfermedad. Por otro lado no debemos olvidar las instituciones educativas quienes deben incluir enfermedades de interés en salud pública

frecuentes en la ciudad de Barranquilla como la tuberculosis en el programa educativo.

Es importante destacar que se debe trabajar por un enfoque positivo cuya labor sea la prevención de la enfermedad de la tuberculosis y no solo la vigilancia, inspección y control de esta enfermedad.

Para finalizar esta investigación se destaca que permitió conocer la opinión o percepción de los pacientes con tuberculosis frente a los factores que predisponen a la pérdida del seguimiento. Es decir el punto de vista del paciente y no del sistema de salud; siendo consistente con la propuesta del modelo de atención en salud colombiano, MIAS, en donde se establece que la atención es centrada en el paciente y para lo cual es necesario empezar escuchando e indagando en los pacientes y su familia. Actualmente nos encontramos ante un paciente poco escuchado que ha perdido el rol en el sistema de salud.

Para futuros estudios sugiero que los prestadores de atención primaria en salud y el distrito de Barranquilla creen un perfil del paciente que consulta con tuberculosis en la ciudad de Barranquilla y de esta manera ser asertivo en la atención e intervenciones en la enfermedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. OMS. No Title [Internet]. Tuberculosis. Nota descriptiva 104. 2015. p. 1. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/es/>
2. Ministerio Protección Social, Instituto Nacional de Salud, Organización Panamericana de la Salud. Plan Estratégico Colombia Libre de Tuberculosis 2010-2015 Para la Expansión y Fortalecimiento de la Estrategia Alto a la TB [Internet]. Para la expansión y fortalecimiento de la estrategia Alto a la TB. 2009. 64 p. Available from: http://www.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=431:plan-estrategico-colombia-libre-de-tuberculosis-2010-2015&Itemid=361
3. World Health Organization. Informe mundial sobre la tuberculosis.

- 2014;http://www.who.int/tb/publications/global_report/g.
4. Manrique FMC. Factores de riesgo para abandono (no adherencia) del tratamiento antituberculoso. *J Chem Inf Model*. 2013;53(9):1689–99.
 5. Culqui D, Grijalva C, Simy R, Cajo J, Suárez L. Factores pronósticos del abandono del tratamiento antituberculoso en una región endémica del Perú. *Rev Panam Salud ...* [Internet]. 2005;18(1):14–20. Available from: <http://www.scielo.org/pdf/rpsp/v18n1/27083.pdf>
 6. Navarro C, Rueda J, Mendoza J. Factores asociados al abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes con TB. *Cienc y Cuid* [Internet]. 2013;10:19–27. Available from: <http://revistas.ufps.edu.co/ojs/index.php/cienciaycuidado/article/view/275/292>
 7. WHO. Estrategia mundial y metas para la prevención , la atención y el control de la tuberculosis después de 2015. 2015;1–4.
 8. Borda F. Modelo de atención de salud mental a personas afectadas por tuberculosis MDR y tuberculosis XDR. 2011;42. Available from: [http://www.parsalud.gob.pe/phocadownload/Productos/fondo-mundial/Modelo_Salud_Mental_versión_final_01_agosto Web.pdf](http://www.parsalud.gob.pe/phocadownload/Productos/fondo-mundial/Modelo_Salud_Mental_versión_final_01_agosto%20Web.pdf)
 9. Sáenz Z, Salas L. Revistas de Ciencias Administrativas y Financieras de la Seguridad Social. *Rev Cienc Adm Financ Secur Soc*. 2014;7:1–7.
 10. De Onis M, Onyango AW, Borghi E, Siyam A, Nishida C, Siekmann J. Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents. *Bull World Heal Organ* [Internet]. 2007;85(10):812–9. Available from: http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSPContentServer/WDSP/IB/2006/02/02/000160016_20060202161329/Rendered/PDF/351170Benefit0incidence0practitioner.pdf
 11. Soza Pineda NI, Pereira SM, Barreto ML. Abandono del tratamiento de la tuberculosis en Nicaragua: resultados de un estudio comparativo. *Rev Panam Salud Pública* [Internet]. 2005;17(4):271–8. Available from: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892005000400008&lng=es&nrm=iso&tlng=es

12. Rodríguez Alviz E, Mondragón CH. Adherencia a la terapia farmacológica y sus factores determinantes en pacientes con tuberculosis de un centro de salud de Santiago de Cali. Rev Colomb Cienc Quím Farm [Internet]. 2014;43(1):104–19. Available from: www.farmacia.unal.edu.co
13. Factores que condicionan el nivel de adherencia al tratamiento de los pacientes de la E . S . N . de prevención y control de la tuberculosis en el C . S . “ Fortaleza ”: 2008;
14. Organización Mundial de la Salud. Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Doc básicos [Internet]. 2006;Suplemento:20. Available from: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf
15. INS. Protocolo De Vigilancia En Salud Publica Tuberculosis. Inst Nac Salud [Internet]. 2016;42. Available from: [http://www.ins.gov.co:81/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/sivigila/Protocolos SIVIGILA/PRO Tuberculosis.pdf](http://www.ins.gov.co:81/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/sivigila/Protocolos%20SIVIGILA/PRO%20Tuberculosis.pdf)
16. World health organization. Definiciones y marco de trabajo para la notificación de tuberculosis-revision 2013 [Internet]. 2013. 48 p. Available from: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=22984&Itemid=270&lang=es
17. Ministro de salud y protección social. Actualización de los lineamientos para el manejo programático de tuberculosis y lepra en colombia. 2015;1–27.
18. Chida N, Ansari Z, Hussain H, Jaswal M, Symes S, Khan AJ, et al. Determinants of default from tuberculosis treatment among patients with drug-susceptible tuberculosis in Karachi, Pakistan: A mixed methods: Study. PLoS One. 2015;10(11):1–15.
19. Heredia-navarrete MR, Puc-franco M, Caamal-ley Á, Vargas-gonzález A. Determinantes sociales relacionados con el tratamiento de tuberculosis en Yucatán , México. Rev Biomédica. 2012;23(490):113–20.
20. Torres Z, Herrera T. Perfil del paciente con tuberculosis que abandona el tratamiento en Chile. Rev Chil Enfermedades Respir [Internet].

2013;31:52–7. Available from:

<http://www.scielo.cl/pdf/rcher/v31n1/art08.pdf>

21. Dueñas M C. Factores relacionados con la adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis. *Biomédica*. 2016;36(3):1–30.
22. De F, Cáceres M, Orozco LC. Incidencia y factores asociados al abandono del tratamiento antituberculoso. *Biomédica*. 2007;2727:498504.
23. Culqui DR, Munayco E. C V., Grijalva CG, Cayla JA, Horna-Campos O, Alva Ch. K, et al. Factores asociados al abandono de tratamiento antituberculoso convencional en Perú Arch Bronconeumol. 2012;48(5):150–5.

Anexo N° 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LAS PERSONAS QUE PARTICIPAN EN EL PROYECTO.

Factores predisponentes relacionados con la pérdida en el seguimiento del paciente con tuberculosis. Una percepción de los usuarios, en la Ciudad de Barranquilla, Departamento de atlántico (Colombia), en el periodo Enero 2014 a Marzo 2017. Departamento de Salud Pública – Universidad del Norte

Naturaleza y propósito del trabajo:

La tuberculosis (TB) “es una enfermedad infecciosa crónica causada por el complejo *Mycobacterium tuberculosis*, el cual puede afectar cualquier órgano o

tejido, cuyo principal síntoma es la presencia de tos con expectoración mucosa o mucopurulenta por más de 15 días” (2)

El fin de este escrito es pedir autorización y tomar información necesaria para realizar un proyecto de Investigación llamado: “Factores predisponentes relacionados con la pérdida del seguimiento del paciente con tuberculosis. Una percepción de los usuarios, en la Ciudad de Barranquilla, Departamento de atlántico (Colombia), en el periodo Enero 2014 a Marzo 2017”

La solicitud es que permita a la Estudiante de posgrado de la universidad del Norte, tomar información de su historia clínica, registrada en los pasos, caminos, clínicas y Hospitales, desde que ingreso al programa de tuberculosis hasta que abandono el tratamiento. Su participación, si lo acepta, consiste en dar información, a través de la realización de una encuesta, acerca de los motivos relacionados con el abandono del tratamiento. Esto permitirá proponer las intervenciones y oportunidades para mejorar el tratamiento y fortalecer el manejo adecuado de la promoción y prevención de la Tuberculosis y generar acciones de mejora en la adherencia al tratamiento.

El estudio busca identificar cuáles fueron los factores relacionados con la pérdida en el seguimiento del paciente con tuberculosis, en la Ciudad de Barranquilla en el Departamento del Atlántico, en el periodo de Enero a Marzo de 2017.

Este trabajo será coordinado por un profesional en enfermería, estudiante de la Maestría en Salud Publica de la Universidad del Norte, el cual ejercerá control riguroso sobre la información, actividades planeadas y ejecutadas durante todo el desarrollo del trabajo.

Beneficios

Usted no recibirá ningún tipo de pago por dar información, pero, va a contribuir en el proceso de realizar un plan, que busca mejorar las acciones y los procesos que se están llevando a cabo en los programas de Tuberculosis por parte de las

instituciones de salud y secretaria de salud distrital. De esta manera se evita, que las personas abandonen el tratamiento y fracasen con su curación.

Confidencialidad

Su identidad será en estricta confidencialidad, no será publicado su nombre, se utilizará únicamente un código con las iniciales de su nombre y apellido.

Riesgos o complicaciones:

Participar no es riesgo para su salud, no se tocarán aspectos que le afecten de manera física o psicológica, se va a respetar la información que usted suministre, En el caso que usted considere que hay preguntas que invaden su privacidad puede rehusarse a contestarlas.

Retribución o pagos

Ni los docentes, ni los estudiantes de la Universidad del Norte reciben pago por el desarrollo de este trabajo, sus fines son estrictamente académicos.

Voluntariedad

La decisión de participar en este trabajo es voluntaria, usted podrá retirarse cuando lo considere o desee hacerlo, al inicio o durante el transcurso del trabajo. Si acepta participar, usted, podrá ser entrevistado en la institución en donde se realizó su control de tuberculosis o en su vivienda.

En este documento usted puede expresar mediante su firma el interés de aceptar o rechazar participar en el trabajo mencionado, confirma que de manera voluntaria, autoriza el acceso a la información consignada en la historia clínica para Corroborar la información que usted ha dado durante la entrevista.

Si usted tiene alguna pregunta o duda respecto a este trabajo en que se le está invitando participar puede contactarse con el Director de la Maestría en Salud Publica responsable del grupo de estudiantes, Dr. Rafael Tuesca Molina en los siguientes números telefónicos; 3509509 extensión 4285, oficina tercer piso Bloque E, Departamento de Salud Pública en las instalaciones de la Universidad del Norte, dirección Km 5 vía Puerto Colombia.

Nombre y Firma de la Informante
(Persona (a) con perdida en el seguimiento al tratamiento de TB)
Dirección: _____
TEL: _____
Nombre y Firma estudiante
Fecha:

Anexo N° 2

ENCUESTA DE FACTORES PREDISPONENTES RELACIONADOS CON LA PÉRDIDA DEL SEGUIMIENTO DEL PACIENTE CON TUBERCULOSIS. BARRANQUILLA, ENERO 2014 A MARZO 2017.

Instrucciones: marque con un (x) la respuesta que usted considera correcta. Luego de escuchar atentamente el relato del paciente

NOMBRES y APELLIDOS:

.....

I. INFORMACIÓN GENERAL

1.1) Dirección de Domicilio.....

1.2) Cuál es su Estrato Socioeconómico:

- 1) 1
- 2) 2
- 3) 3
- 4) 4
- 5) 5
- 6) 6

1.3) Cuál es su Sexo: 1) M () 2) F ()

1.4) Edad _____

1.5) ¿Cuál es su nivel de Escolaridad?

- | | |
|-------------------------|---------------------------|
| 1) pré-escolar completa | 2) pré-escolar incompleta |
| 3) primaria completa | 4) primaria incompleta |
| 5) secundaria completa | 6) secundaria incompleta |
| 7) Técnica completa | 8) Técnica incompleta |
| 9) professional | 10) analfabeto |
| 11) Otro | |

1.6) ¿Cuál es su lugar de procedencia?: 1) Rural () 2) Urbana ()

1.7. Lugar de procedencia _____ (de donde proviene en relación a los 5 últimos años)

1.8 ¿Cuál es su régimen de afiliación a Salud?:

- 1) Subsidiado
- 2) Contributivo
- 3) Ninguno
- 4) Otros ¿Cuál?.....

1.9) Si usted posee un régimen de afiliación a salud, ¿Cuál es su EPS?.....

1.10) ¿De qué manera usted ingreso al programa de tuberculosis?:

- 1) Consulta externa.
- 2) Urgencias.
- 3) Búsqueda de sintomáticos respiratorios por promotores de salud.
- 4) Búsqueda de sintomáticos respiratorios por líderes comunitarios.
- 5) Otros ¿Cuál?.....

II. FACTORES RELACIONADOS CON EL MEDIO AMBIENTE

A. ECONOMICO

2.1) ¿Qué tipo de vivienda reside?

- 1) Familiar
- 2) Propia
- 3) Arrendada
- 4) Otra ¿Cuál?.....

2.2) Material de construcción de su vivienda:

- 1) Madera
- 2) Cemento
- 3) Piedra con barro

4) Otros ¿Cuál?.....

2.3) ¿Cuántas habitaciones tiene la vivienda?

2.4) ¿Con que servicios públicos cuenta su vivienda?

- 1) Agua
 - 2) Electricidad
 - 3) Alcantarillado
 - 4) Gas
- Otra ¿Cuál?.....

2.5) ¿Cuál es el ingreso económico familiar al mes?:

- 1) menos de 1 salario mínimo
- 2) entre 1 y 2 salario mínimo
- 3) entre 2 y 3 salario mínimo
- 4) entre 3 y 4 salario mínimo
- 5) más de 4 salarios mínimo

2.6) Ir y venir al Centro de Salud es un gasto que:

- 1) Puede solventar Costo \$.....
- 2) Es excesivo
- 3) No representa gasto

B. FAMILIAR:

2.7) ¿Cuál es su estado civil?

- 1) Soltero
- 2) Casado
- 3) Viudo
- 4) Divorciado
- 5) Unión libre
- 6) Otro

¿Con quién vive usted?

2.8) ¿Recibe usted apoyo de su familia?

- 1) Si () 2) No () ¿Cuál?.....

2.9) ¿Pertenece usted algún programa o fundación de apoyo en el tratamiento?

- 1) Si () 2) No () ¿Cuál?.....

C. CULTURAL

2.10) ¿Usted pertenece a alguna religión?

- 1) Si () 2) No ()

Si es NO pase a la pregunta 2.13

2.11) ¿Cuál es su religión?.....

2.12) ¿Su religión le permite tomar el tratamiento?

- 1) Si () 2) No ()

2.13) ¿Cree usted que la medicina alternativa o natural puede solucionar el problema de la Tuberculosis?

- 1) Si () 2) No () ¿Por qué?.....

III. FACTORES RELACIONADOS CON EL TRATAMIENTO

¿Si tuviera que calificar el servicio recibido por su institución IPS y EPS en una escala cual es la alternativa que mejor define el servicio recibido?

3.1) En cuanto a la explicación que se le brindo a cerca de su enfermedad (ej: Diagnóstico, agresividad de la enfermedad, resultado del tratamiento) podría decir que usted se siente

- 1) Muy satisfecho.
- 2) Satisfecho.
- 3) Ninguno.
- 4) Insatisfecho.
- 5) Muy insatisfecho

3.2) En cuanto a la explicación que se le brindó a cerca de efectos secundarios del tratamiento usted se encuentra:

- 1) Muy satisfecho.
- 2) Satisfecho.
- 3) Ninguno.
- 4) Insatisfecho.
- 5) Muy insatisfecho.

3.3) En cuanto la información que recibió durante su atención sobre los tipos de tratamientos disponibles usted se encuentra:

- 1) Muy satisfecho.
- 2) Satisfecho.
- 3) Ninguno.
- 4) Insatisfecho.
- 5) Muy insatisfecho.

3.4) Con respecto a la información que recibió usted durante la atención relacionada con los consejos a cerca de su estilo de vida usted se encuentra:

- 1) Muy satisfecho.
- 2) Satisfecho.
- 3) Ninguno.
- 4) Insatisfecho.
- 5) Muy insatisfecho.

3.5) ¿El sistema de salud al que usted está afiliado le cubre los medicamentos para su tratamiento?

- 1) Si () 2) No ()

3.6) Usted considera que la cantidad de medicamentos que recibió es:

- 1- Excesivo.
- 2- Insuficiente.
- 3- Adecuado.

3.7) ¿Esta Ud., convencido que al tomar los medicamentos administrados por el profesional de la salud se va a curar?

- 1) Si () 2) No () Porque.....(tiene algún temor?)

3.8) ¿Se ha interrumpido su tratamiento por la falta de medicamentos?

- 1) Si () 2) No ()

3.9) ¿Durante el tratamiento sintió mejoría en su estado de salud?:

- 1) Si () 2) No ()

3.10) ¿Ud. durante el tratamiento ¿sintió algún malestar?

- 1) Si () 2) No () Cuales.....

3.11) ¿Conoce Usted cuánto tiempo dura su tratamiento para la tuberculosis

- ? 1) Si () 2) No ()

Mencione.....

3.12) ¿Sabe usted los riesgos que produce el abandono del tratamiento para la tuberculosis?

- 1) Si () 2) No ()

Mencione.....

3.13) Sufre usted de alguna de las siguientes enfermedades actualmente:

- | | | |
|------------------------|---------|---------|
| 1) Diabetes | Si ____ | No ____ |
| 2) Hipertensión | Si ____ | No ____ |
| 3) Insuficiencia Renal | Si ____ | No ____ |
| 4) VIH _____ | Si ____ | No ____ |
| 5) Otra ¿Cuál?..... | | |

IV. FACTORES RELACIONADOS CON EL EQUIPO Y CENTRO DE SALUD.

4.1) ¿Cómo fue la relación con el personal que lo atendido en el programa de control de tuberculosis de la institución de salud?

- 1) Buena
- 2) Regular
- 3) Mala ¿Por qué?

4.2) ¿Considera Ud. que la persona que lo atendió (Técnico, Enfermera, Médico, Especialista, Promotor de Salud) estaba:

- 1) Completamente capacitado
- 2) No estaba capacitado
- 3) Capacitado a medias

4.3) ¿El personal que lo atendió da las recomendaciones sobre el tratamiento?

- 1) Si () 2) No ()

4.4) ¿Durante el período que Ud. no asistió al Programa de Control de Tuberculosis algún personal vino a visitarlo con la intención que Ud. retomara el tratamiento?

- 1) Si () 2) No ()

Si es NO pase a la pregunta 4.7

4.5) Que profesional de salud vino a visitarlo.....

4.6) Cuantas veces lo han visitado luego que de que usted dejo de tomarse el tratamiento?

- 1) una vez
- 2) dos veces
- 3) tres veces.
- 4) más de cuatro veces

4.7) ¿Es adecuado el horario de atención de su centro de salud?

- 1) Si () 2) No () Porque?.....

4.8) Mencione Ud. el tiempo de su casa al centro de salud para la toma del tratamiento.

- 1) menos de 5 min
- 2) d 6 a 15 min
- 3) d 16 a 30 min.
- 4) de 31 a 60 min.
- 5) más de 1 hora.

4.9) ¿Necesita transporte para asistir ir al centro de salud?

- 1) Si () 2) No ()

V FACTORES RELACIONADOS CON EL ESTILO DE VIDA

5.1) ¿Consumes algunas de las siguientes sustancias:

- 1) Marihuana Si () 2) No ()
- 3). Cocaína Si () 4) No ()
- 5) Alcohol Si () 6) No ()
- 7) Otras Si () 8) No ()

Si la respuesta es sí responda: ¿Cuál?.....

5.2) Debido a la enfermedad, ¿ha cambiado su estilo de vida?

- 1) Si () 2) No ()

5.3) ¿El horario de trabajo, estudio o actividad en que se desempeña le permite a Ud. acceder al programa de control de tuberculosis en los horarios indicados?

- 1 Si () 2) No () ¿Por qué?

5.4) ¿ha recibido recomendaciones a cerca de la dieta que debe seguir para cumplir con el tratamiento?

- 1) Si () 2) No ()

Anexo N° 3

Tamizaje en Salud Mental para pacientes TB, TB FR, TB/VIH SRQ

Distrito Barranquilla	Tipo de paciente: Nuevo: _____ Inasistente: _____	
	Fecha de realizacion del Tamizaje: _____	
Lugar: _____	IPS: _____	EPS: _____
Doc de ID, paciente:	Edad:	Tipo TB: S, FR, TB/VIH Tipo de Resisitencia: _____
Fase del Tratamiento actual: _____ Nº dosis del tratamiento _____	Fecha de inicio del tratamiento: _____	
Dimensión: Convivencia y Salud Mental/Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles		

A continuación encontrará una lista de molestias que usted puede haber sentido o no. En caso de haber sentido la molestia descrita, marque una “x” en la casilla correspondiente a “sí”, de lo contrario marque una “x” en la casilla correspondiente a “no”.

SÍNTOMAS

SI NO

- 1 ¿Tiene frecuentes dolores de cabeza?
- 2 ¿Tiene mal apetito?
- 3 ¿Duerme mal? poco
- 4 ¿Se asusta con facilidad?
- 5 ¿Sufre de temblor de manos?
- 6 ¿Se siente nervioso, tenso o aburrido?
- 7 ¿Sufre de mala digestión?
- 8 ¿No puede pensar con claridad?
- 9 ¿Se siente triste?
- 10 ¿Llora usted con mucha frecuencia?
- 11 ¿Tiene dificultad en disfrutar sus actividades diarias?
- 12 ¿Tiene dificultad para tomar decisiones?
- 13 ¿Tiene dificultad en hacer su trabajo? (¿Sufre usted con su trabajo?)
- 14 ¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?
- 15 ¿Ha perdido interés en las cosas?
- 16 ¿Siente que usted es una persona inútil?
- 17 ¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?
- 18 ¿Se siente cansado todo el tiempo?
- 19 ¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago?
- 20 ¿Se cansa con facilidad?
- 21 ¿Siente usted que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?
- 22 ¿Es usted una persona mucho más importante de lo que piensan los demás?
- 23 ¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento?
- 24 ¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír?
- 25 ¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo, con movimientos de brazos y piernas; con mordedura de la lengua o pérdida del conocimiento?
- 26 ¿Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, su médico o su sacerdote que usted estaba bebiendo demasiado licor?
- 27 ¿Alguna vez ha querido dejar de beber, pero no ha podido?
- 28 ¿Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo (o estudio) a causa de la bebida, como beber en el trabajo o en el colegio, o faltar a ellos?
- 29 ¿Ha estado en riñas o lo han detenido estando borracho?
- 30 ¿Le ha parecido alguna vez que usted bebía demasiado?

OBSERVACIONES:

La capacidad para **identificar "casos"** mediante la aplicación del cuestionario está **perfectamente validada (OMS/OPS)**; en cambio **la capacidad para discriminar los síndromes específicos** (p. ej.: depresión, angustia, psicosis, epilepsia, o alcoholismo) **constituye una hipótesis aún por corroborar.**

1. SUME 1 PUNTO POR CADA RESPUESTA "SI"

Un puntaje ≥ 9 es indicativo de que se requiere evaluación especializada. **Psicología/Psiquiatría.**

2. Si se responde afirmativamente (Sí) a **1** o **más** de las preguntas **19 a 28** se debe hacer evaluación especializada. **Psicología/Psiquiatría.**

3. La pregunta **17** del test SRQ (¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?, se valora como Ideación suicida; se debe hacer evaluación especializada. **Psicología/Psiquiatría.**

4. Si se respondieron positivamente las preguntas **11, 13 y 14**, además de la sintomatología **depresiva**, alerta sobre situaciones relacionadas con discapacidad, entendida como la incapacidad para el desempeño de las labores cotidianas.

5. Las preguntas **21 a 24** evalúan sintomatología relacionada con Psicosis, cuando se responde afirmativamente a cualquiera de estas preguntas. **1** sola respuesta positiva requiere evaluación especializada

6. Además, si el comportamiento de un paciente parece evidentemente raro o extraño (ejemplo: suspicaz, habla demasiado, triste o llora) debe tener evaluación especializada. **Psicología/Psiquiatría**, independientemente de las respuestas que se hayan dado en el cuestionario.

Para determinar el síndrome al que podría corresponder, se verifica si las respuestas positivas caen dentro de uno de los siguientes grupos:

1. Depresión Ítems: 2, 3, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18.
2. Angustia: 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8 y 18
3. Psicosis: preguntas 19, 20, 21 y 22. (Más 1 o más de las los siguientes síntomas: Ideas delirantes, Alucinaciones, Incoherencia, Afecto inapropiado, Agitación o retardo marcados).
4. Epilepsia: No. 25
5. Alcoholismo: 26, 27, 28, 29 y 30
6. Ideación suicida: 17

Anexo N° 4
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

MACROVARIABLE	VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	NATURALEZA Y ESCALA DE MEDICION	CRITERIOS DE CLASIFICACION
Socios demográficos	Edad	Números de años cumplidos del paciente.	Cuantitativa Continua Razón.	1, 2, 3...
	Sexo	Condición fenotípica del paciente	Cualitativa Nominal	1)Masculino 2)Femenino
	Estrato económico	Estrato económico del paciente según lo reportado en un recibo de servicios público.	Cualitativa Ordinal	1,2,3,4,5,6
	Procedencia	Procedencia de zona rural a Urbana de los pacientes.	Cualitativa Nominal Razón	1)Rural 2)Urbana ¿Cuál?____
	Afiliación a salud.	Nombre del régimen de salud y EPS al que está afiliado el paciente.	Cualitativa Nominal	1)Subsidiado 2) Contributivo 3) Ninguno 4) Otros ¿Cuál?____ EPS_____

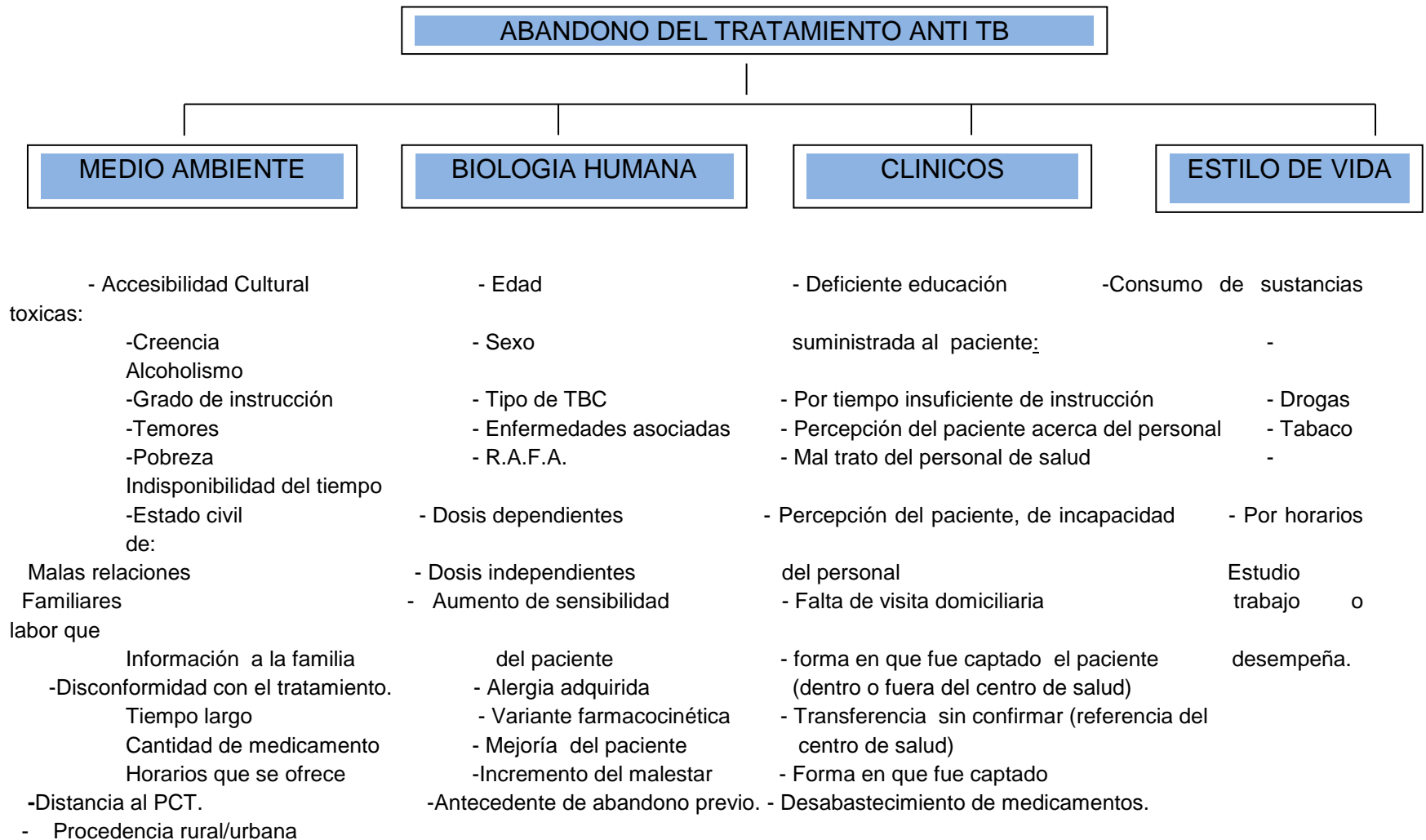
	Población vulnerable.	Grupo de personas en estado de desprotección frente a una amenaza o condición al que pertenece el paciente según la base de datos del distrito de barranquilla.	Cualitativa Nominal	1)Discapacitado 2) Desplazado 3) Migrante 4) Habitante de Calle 5) Personal de salud 6) Fuerzas Militares 7) Otros grupos
Gastos que representa en ir y venir al centro de salud	considera usted, que el ir al centro de salud es un gasto que:	Valor de los pasajes para asistir al centro de salud.	Cualitativa Nominal	1) Se puede solventar. 2) Es excesivo 3) No representa gasto Costo:
Creencias Accesibilidad cultural	1) ¿Usted pertenece a alguna religión? 2) ¿Su religión le permite tomar el tratamiento? 3) ¿Cree usted que la medicina alterativa puede solucionar el problema de la TB?	Creencias y mitos que el paciente tiene respecto al tratamiento.	Cualitativa Dicotómica Razón	1) Si 2) No ¿Por qué?
Temores	¿Tiene algún temor acerca del tratamiento ejm. Tomar el tratamiento y no sanarse; que el tratamiento le afecte algún órgano?	Preocupación que manifiesta el paciente al tomarse los medicamentos o de no sanarse.	Cualitativa Dicotómica Razón	1)Si 2)No. ¿Cuál?

Satisfacción de pacientes	<p>1.- Explicación de su enfermedad (ej: Diagnóstico, agresividad, resultado, riesgos genéticos)</p> <p>2.- Explicación de efectos secundarios (ej: efectos del tratamiento en Ud., riesgos a corto y largo plazo)</p> <p>3.- Tipos de tratamiento disponibles (ej: opciones disponibles / beneficios relativos / pruebas clínicas)</p> <p>4.- Consejos sobre estilo de vida (ej: dieta, ejercicio, medicina complementaria, grupos de apoyo)</p>	Satisfacción del paciente con respecto a la información brindada por el personal de salud con respecto a la TB y al tratamiento.	Cualitativa Nominal	<p>1) Muy satisfecho.</p> <p>2) Satisfecho.</p> <p>3) Ninguno.</p> <p>4) Insatisfecho.</p> <p>5) Muy insatisfecho.</p>
Factores relacionados con el tratamiento.	<p>1-¿Durante el tratamiento sintió mejoría en el estado de salud en relación con el inicio de la enfermedad?</p> <p>2- ¿El sistema de salud al que usted está afiliado le cubre los medicamentos?</p>	<p>Sensación de bienestar de salud del paciente.</p> <p>Entrega de medicamento para tuberculosis por la IPS o EPS del paciente</p>	Cualitativa Dicotómica	<p>1) Si</p> <p>2) No</p>
Apoyo familiar	1.- ¿Recibe apoyo familiar?	Apoyo de tipo económico, acompañamiento y comprensión durante el	Cualitativa Dicotómica	<p>1)Si</p> <p>2) No</p>

		tratamiento que el paciente percibe de su familia.		
Falta de concientización por parte del paciente.	¿Está usted, convencido que al tomar los medicamentos administrados por el programa de control de tuberculosis se va a curar?	Conocimiento exacto y reflexivo de la importancia de tomarse el tratamiento.	Cualitativa Dicotómica Razón	1) Si 2) No ¿Por qué?_____
Hábito de consumo de Sustancias tóxicas.	<p>1.- ¿Ha sentido alguna vez que debe beber menos?</p> <p>2.- ¿Alguna vez ha querido dejar de beber, pero no ha podido?</p> <p>3.- ¿Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su forma de beber?</p> <p>4.- ¿Ha estado en riñas o lo han detenido estando borracho?</p> <p>12. ¿Le ha parecido alguna vez que usted bebía demasiado?</p> <p>13. ¿Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, su médico o su sacerdote que</p>	<p>Droga: ingesta, inhalación o aplicación de sustancias psicoactivas por el paciente.</p> <p>Consumo de bebidas Alcohólicas por lo menos 1 vez a la semana.</p>	Cualitativa Dicotómica	<p>1) Si 2) No</p> <p>¿Cuál?_____</p>

	<p>usted estaba bebiendo demasiado licor?</p> <p>1) Si 2) No</p> <p>8- Consume alguna de las siguientes sustancias: Marihuana., cocaína, alcohol, otras.</p>			
Disponibilidad de tiempo	1-¿El horario de trabajo, estudio o actividad en que Ud., se desempeña le permite, acceder al programa, en los horarios indicados?	Dificultad en los horarios para acudir al programa de tuberculosis.	<p>Cualitativa Dicotómica</p> <p>Razón</p>	<p>1) Si 2) No</p> <p>¿Por qué?_____</p>
Estado Civil	1-¿Cuál es su estado Civil?	Condición del paciente en relación con los derechos y obligaciones civiles.	Nominal	<p>1)Soltero 2)Casado 3)Viudo 4)Divorciado 5) Unión libre</p>
Nivel de escolaridad	1-¿Cuál es su nivel de Escolaridad?	Es el nivel de educación escolar profesional alcanzado por el paciente.	Nominal	<p>1) Pré-escolar completa 2) Pré-escolar incompleta 3) Primaria completa 4) Primaria incompleta 5) Secundaria completa 6) Secundaria incompleta 7) Técnica completa 8) Técnica incompleta 9) Profesional 10) Analfabeto</p>

Anexo Nº 5 ARBOL DE PROBLEMA



Anexo N° 6

CARTAS DE SOLICITUDES, ACTAS, FORMATOS DE ASISTENCIA A PROCESO DE SENSIBILIZACION.

Barranquilla, 13 de Octubre de 2017.

Señores
IPS Universitaria de Antioquia.
Dr. Luis Posso.
Ciudad.

Cordial Saludo,

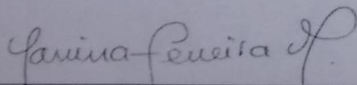
En Barranquilla, según el sistema de información del programa de control para la tuberculosis durante el 2012 se reportaron 544 casos con TB de personas de las cuales 103 que habían iniciado el tratamiento lo abandonaron, es decir un 18% de la población con esta enfermedad. De 461 pacientes con TB en el 2014 se perdieron en el seguimiento 86, es decir un 19%. Con 400 pacientes en programa; en la última cohorte año 2016 analizada con 65 perdidas en el seguimiento (16.25%). Este indicador en la pérdida del seguimiento de casos con TB en Barranquilla supera la meta nacional, la cual debe ser menor al 5%.

Ante esta situación respetuosamente solicito a usted la autorización para en conjunto con el programa Salud en casa "caminantes de la salud", la aplicación de una encuesta de investigación que hemos denominado "factores predisponentes para la pérdida del seguimiento en el paciente con tuberculosis"

El propósito de la investigación es proveer información al sistema de vigilancia del programa de control de tuberculosis y evidenciar la relación de factores predisponentes socio-demográficos, del medio ambiente, tratamiento, equipo y centro de salud, de salud mental y estilos de vida con los casos de pérdida en el seguimiento del paciente con tuberculosis en la ciudad de barranquilla y de tal manera impactar en el aumento de la eficacia del programa de control.

En espera de una respuesta positiva a esta solicitud.

Atentamente:



YANINA JOHANNA FERREIRA MEDINA
Referente TB
"IPS Universitaria"



	ACTA DE REUNIONES
--	--------------------------

FECHA: 17/10/2017

HORA: 3:00 P.M

LUGAR: Auditorio hospital Nazareth

ACTA No: 1

NOMBRE DE LA REUNION:

Capacitación a caminantes de la salud sobre encuesta de factores predisponentes relacionados con la pérdida en el seguimiento del paciente con tuberculosis. Una percepción de los usuarios, en la Ciudad de Barranquilla, Departamento de atlántico (Colombia), en el periodo Enero 2014 a Marzo 2017.

DESARROLLO DEL ORDEN DEL DIA:

En el día de hoy se realiza reunión con los caminantes de la salud (personal encuestador) con el fin de realizar capacitación del proyecto y encuesta; factores predisponentes relacionados con la pérdida en el seguimiento del paciente con tuberculosis. Una percepción de los usuarios, en la Ciudad de Barranquilla, Departamento de atlántico (Colombia), en el periodo Enero 2014 a Marzo 2017 y encuesta de tamizaje de salud mental.

Evidencia de capacitación

Factores predisponentes relacionados con la pérdida en el seguimiento del paciente con tuberculosis. Una percepción de los usuarios, en la Ciudad de Barranquilla, en el periodo Enero 2014 a Marzo 2017.

Nombre del documento: Factores predisponentes relacionados con la pérdida en el seguimiento del paciente con tuberculosis. Una percepción de los usuarios, en la Ciudad de Barranquilla, en el periodo Enero 2014 a Marzo 2017.

Sede: Auditorio Hospital Nazareth

Fecha: 17 octubre de 2017

Expositor: YANINA FERREIRA MEDINA

Asistentes

No.	Fecha (dd/mm/aa)	Nombres y Apellidos	Nº. de Identificación (C.C., u otro)	Cargo	HORA de llegada	Firma
1	17/10/2017	Luis Cepeda, Pedraza	32338926	coord. Doc. Soc.	1:50	[Firma]
2	17/10/2017	Antonio L. Castro A.	72.000.845	Docente en Gallos		[Firma]
3	17/10/2017	Neim Ferrer J.	22.505.514	Coord. At. Soc.	2:00	[Firma]
4	17/10/2017	Luis Gomez	8789739	Coordinador	2:00 PM	[Firma]
5	17/10/2017	Johana Castellanos D	22733674	Coordinador	2:00 pm	[Firma]
6	17/10/2017	Andira Harsing Li	32716802	Coordinador ef	2:00 pm	[Firma]
7	17-10-17	JENNIFER VERGARA MADRUGA	114087360	coordinadora cargo	2:00 pm	[Firma]
8	17-10-17	Leidy Rodriguez Cassis	1143439211	Coordinadora cargo	2:00 pm	[Firma]
9	17-10-2017	Edinson Koling	8.682.572	Coordinador	2: PM	[Firma]
10	17-10-2017	Tatiana Silva J	32661407	Coordinador	2: pm	[Firma]
11	17-10-2017	Yuliana Carrasco S.	34455625	coordinadora	2: pm	[Firma]
12	17-10-2017	Nubia Assias O.	32697137	Coordinador	2: pm	[Firma]
13	17-10-2017	Diana Olga Restrepo	8730651	coordinadora	2: pm	[Firma]
14	17-10-2017	Marco Andrés M	8794187	Coordinador	2: PM	[Firma]
15	17-10-2017	Yuly Sotelo Jarama	50300072	Coordinador	2:00 pm	[Firma]
16	17-10-2017	Ugo Hernandez Sanchez	10295957	Coordinador	2:00	[Firma]
17	17-10-2017	Yugubly Samir	2013199572	Coordinador	2: pm	[Firma]
18	17-10-2017	María Sierra Carr	23085519	Coordinador	2: pm	[Firma]
19	17-10-2017	Yolanda Velez	22502744	Coordinador	2: pm	[Firma]
20	17-10-2017	Ramon Osorio Jarama	2010669	Coordinador	2: pm	[Firma]
21	17/10/2017	Maria Constanza Plaza	64561143	coord. loc. soc.	2: pm	[Firma]

Evidencia de capacitación

Factores predisponentes relacionados con la pérdida en el seguimiento del paciente con tuberculosis. Una percepción de los usuarios, en la Ciudad de Barranquilla, en el periodo Enero 2014 a Marzo 2017.

No.	Fecha (dd/mm/aa)	Nombres y Apellidos	Nº. de identificación (C.C., u otro)	Cargo	HORA de llegada	Firma
22	17/10/17	Reflexa Reyes de la Paz	22432102	Coord	2 PM	Reflexa Reyes
23	17/10/17	Piedad Cova Tovar	22498860	Coord.lix	2 pm	Piedad Cova
24	17/10/17	Coris Perera Soto	104825662	asociados inca gueta		Coris Perera
25	17/10/17	Julhy Benec	49.794.291	Coord.lix	2 pm	Julhy Benec
26		Epifanio Torres	3.71834			Epifanio Torres
27	17/10/17	Edgardo Amillo Valpa	8.667.619	Coord.lix G. Port		Edgardo Amillo
28	17/10/17	Kelly Castillo	5222079	Coord.lix G. Port		Kelly Castillo
29		Arroza Taborda	32683538	PYP	2 pm	Arroza Taborda
30		Arroza Taborda	32656980	Coord.lix	2 pm	Arroza Taborda
31	17/10/17	Geiner Jara Gutierrez	72.236.283	Coord.lix	2 pm	Geiner Jara
32		Posain Lips y Jara	32771896	Coord	2 pm	Posain Lips
33						
34						
35						
36						
37						
38						
39						
40						
41						
42						
43						
44						
45						
46						
47						
48						
49						
50						
51						
52						
53						

ANEXO N° 7
ACTA DE COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIONES DE LA DIVISIÓN DE
CIENCIAS DE LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD DEL NORTE



Comité de Ética en investigación de la División
Ciencias de la Salud de la Universidad del Norte

ACTA DE EVALUACION: N° 163

Fecha: 26 de Octubre de 2017

Nombre Completo del Proyecto: "Factores predisponentes para la pérdida del seguimiento en el paciente con Tuberculosis: percepción de los usuarios. Barranquilla, enero 2014 a marzo 2017"

Investigador principal: Yanina Johanna Ferreira Medina.

Sitio en que se conduce o desarrolla la investigación: En el Departamento del Atlántico.

Fecha en que fue sometido a consideración del comité: 26 de Octubre de 2017

EL COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN EN EL ÁREA DE LA SALUD. Creado mediante Resolución rectoral N° 05 de Febrero 13 de 1995 en atención a la Resolución No. 006430 de 1993 del Ministerio de Salud como parte esencial para el funcionamiento de cualquier institución que realiza programas de investigación en humanos.


Conformado inicialmente por los siguientes miembros. Refrendado en el año 2005 con el objeto de ajustarse a estándares éticos y científicos de la investigación biomédica establecidos en la Declaración de Helsinki, Guías Operacionales para Comités de Ética de la OMS y las Guías para Buena Práctica Clínica del ICH.

Se acoge a las Buenas Prácticas Clínicas del ICH de acuerdo a la normativa vigente, Resolución N° 2378 del Ministerio de Protección Social, Declaración de Helsinki versión 2013 y guías operativas de OMS, Informe Belmont.

El comité de ética en investigación en el Área de la Salud Universidad del Norte certifica que:

1. Sus miembros revisaron los siguientes documentos del protocolo en referencia:

- Propuesta de investigación
- Resumen ejecutivo
- Instrumento
- Formato de Consentimiento Informado
- Formato de Asentimiento Informado
- Hojas de vidas

 **UNIVERSIDAD DEL NORTE**
Comité de Ética en Investigación
en el Área de la Salud

Anexo N° 8

REGISTRO FOTOGRAFICO

